FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 758

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gilbert COTAND

Né le 1er décembre 1934, à Lyon-3e (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 1967

ENTÉROKYSTOME CALCIFIÉ

Contribution au diagnostic des calcifications abdominales

Président : M. CAROLI, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gilbert COTAND

Né le 1er décembre 1934, à Lyon-3e (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 1967

ENTÉROKYSTOME CALCIFIÉ

Contribution au diagnostic des calcifications abdominales

Président : M. CAROLI, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J. Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudar d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavie (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P. Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D. Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Polonovski (J.)
—	Desgrez (P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Dognon (A.)
—	Djourno (A.)
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie et Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
— —	Coujard (R.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
—	Kuss (R.)
—	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
—	Bricaire (H.)
—	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thér. génér.	Maurice (P.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Parrot (J.)
Physiologie et path. obst.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezelof (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique	Denoix (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; Baumann (J.) - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon)	Cauchoix (J.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinolog. (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— chir. et gynéc. (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— malad. infect. (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne)	Delay (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* Baréty (M.) - *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Conte (M.) ; Kourilsky (R.) ; Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— néphrologique (Necker)	Hamburger (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie (Trousseau)	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Brouet (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— rhumatol. (Lariboisière)	Sèze (S. de)
— stomatol. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique (Widal)	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Caroli (J.) ; Dreyfus (B.) ; Grossiord (A.) ; Lambling (A.) ; Launay (Cl.) ; Payet (M.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).	
Néphrologie	Richet (G.)
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique ..	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse :

A MA MÈRE

En gage de mon indéfectible attachement.

Il n'est point d'expression qui pût évoquer l'ampleur de son abnégation.

Puisse cette thèse représenter pour Elle l'issue du long chemin des tourments.

A TOUS LES MIENS

ET PLUS PARTICULIÈREMENT :

A MA TANTE MATERNELLE, de Lyon

A MA GRAND-MÈRE MATERNELLE, de Lyon

Qui, à l'instar de son père, avocat au Barreau, a orienté sa vie tout entière vers la générosité et la charité.

A MA GRAND-TANTE MATERNELLE, de Lyon (*in memoriam*)

Qui reste pour moi l'exemple d'un cerveau exceptionnel au service de l'enseignement.

A MON GRAND-PÈRE MATERNEL, de Lyon (*in memoriam*)

A MON GRAND-ONCLE MATERNEL, de Lyon (*in memoriam*)

A MON FRÈRE ARTHUR, de Lyon

A OPHÉLIE (*in memoriam*)

A BETTY, ARTHUR, CHARLIE ET LAURIS

de Franklin (Massachussets)

A Michèle V., du Péage-de-Roussillon

Ma première affection.

A Jean-Louis CORNU, de Valence

A Monsieur Pierre CARDOT (Oran-Bevenais)

Ingénieur E.C.L.

A Maitre Emile DAHAN (Oran-Lyon)

Avoué près le Tribunal de Grande Instance

A Monsieur René RIOLS (Le Mans-Toulouse)

Haut Fonctionnaire de la Sûreté Nationale

A Paul B. ROSE, de Manchester

Avocat au Barreau - Parlementaire

Puissé-je être digne de l'affection
dont ils me témoignent !

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ET PLUS PARTICULIÈREMENT :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAX-FERNAND JAYLE

Professeur de Biochimie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Pour l'exemple d'abnégation qu'il nous donne, pour le goût de la recherche qu'il nous a inculqué et pour tout ce qu'il a fait pour nous, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMILLE LIAN

Professeur Honoraire
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES POLONOVSKI

Professeur de Biochimie Médicale
au Centre Hospitalo-Universitaire Saint-Antoine

A NOS MAITRES

DES HOPITAUX DE PARIS

ET PLUS PARTICULIÈREMENT :

A Monsieur le Professeur Roger COUVELAIRE

Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

A Monsieur le Docteur René A. GUTMANN

Médecin Honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance, ainsi que de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur Avrami JACOB

Pédiatre de la Maternité
du Centre Hospitalier de la Pitié

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Neuro-Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Professeur Jean VIGNALOU

Médecin des Hôpitaux
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux

A NOS MAITRES

DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

ET PLUS PARTICULIÈREMENT :

A Monsieur le Proviseur Robert L. LAMY

Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur des Palmes Académiques

A Monsieur Maurice DREYFUS

Professeur au Lycée Saint-Louis

Qu'il veuille bien considérer ce travail comme devant s'inscrire dans la lignée de son œuvre.

Nous ne saurions trop lui manifester notre profonde gratitude.

A Monsieur René M. BOUCHAREINE

Agrégé de l'Université

A Monsieur Jean BRUNIOL

A Monsieur Charles J. CASTELLANI (*in memoriam*)

A TOUS CEUX QUI M'HONORENT

DE LEUR AMITIÉ

ET PLUS PARTICULIÈREMENT :

A Monsieur le Docteur Hubert BISLE, de Rottach-Egern
Chirurgien-Dentiste

A René COPET
Docteur en Médecine
Interne des Hôpitaux de Paris

A Monsieur Maurice A. CORNU
Inspecteur des Finances

A Monsieur Nourhan GUENDJIAN

A Monsieur le Docteur André HAHN
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

A Francis HAHN

A Nikos HAROULIS, d'Athènes
Docteur en Médecine

A Maitre Emile HOFFMANN, de Lyon
Avocat au Barreau

A Monsieur Eugène HUMBLOT
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaillé Militaire

A Laura JAGOROVA
Stomatologiste des Hôpitaux de Tchita

Au Révérend Père JULIEN-EYMARD D'ANGERS, O.F.M. Cap.

A Monsieur Setrag KARIAN
Ancien Magistrat

A Shlomo KHALIFA
Docteur en Médecine

A Swerre LIE, de Stavanger
Chirurgien

A Monsieur Armand MAURIN
Docteur en Médecine

A Monsieur Georges PITTET, de Genève

A Monsieur Veltscho VASSILEFF
Chirurgien des Hôpitaux de Varna

A mes Chers Camarades du « Club Florentin »

A Jean-Louis BESSON (*in memoriam*)
Docteur en Médecine

A Avetis VARTANIAN, d'Erevan (*in memoriam*)
Philologue

A Maitre José de AZEREDO-PERDIGAO
Président

A Messieurs Kevork L. ESSAYAN
et Robert P.W. GULBENKIAN
Administrateurs

A Messieurs Georges S. GULBENKIAN
et Gorioun M. KESHISHIAN
Directeurs-Adjoints

de la Fondation Calouste Gulbenkian

A Monsieur le Docteur Marcel CADÉAC
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Dont l'activité médicale érigée en sacerdoce fut pour beaucoup dans la détermination de notre vocation.

A Monsieur le Docteur Robert SCHOLLER
Directeur de la Fondation de Recherche en Hormonologie

Avec notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier particulièrement :

MADAME FRÉDÉRIQUE LEMONNIER

Ancienne Interne en Pharmacie des Hôpitaux de Paris
Chargée de Recherches à l'Institut National de la Santé
et de la Recherche Médicales

Qui nous a volontiers permis de participer à ses travaux de recherche.

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES SCOTTO

Attaché d'Anatomo-Pathologie
au Centre Hospitalo-Universitaire Saint-Antoine
Attaché de Recherches à l'Institut National de la Santé
et de la Recherche Médicales

Qui a participé à l'élaboration de la partie iconographique de cette thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE JULIEN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Chargé de Recherches à l'Institut National de la Santé
et de la Recherche Médicales

Dont la haute compétence scientifique, alliée à un enthousiasme dynamique quoique pondéré, ont imposé notre respect et permis de mener à bien notre tâche.

INTRODUCTION

Si, à la suite de Ladd et Gross, le terme de « duplication » (ou dédoublement) du tractus digestif est généralement admis pour désigner toute une série de malformations digestives ainsi définies :

— formations sphériques ou allongées ;

— possédant une couche de muscles lisses ;

— délimitées par une membrane muqueuse de nature histologique comparable à une muqueuse du tractus digestif normal ;

— et plus ou moins intimement connectées au tube digestif lui-même ;

on peut garder celui d' « entérokystome » pour désigner celles qui ont leur origine au niveau de l'intestin grêle et se situent dans sa paroi ou le mésentère.

Ainsi compris, on peut dire que les entérokystomes représentent la localisation préférentielle des duplications du tractus digestif.

L'observation que nous rapportons fait état d'un entérokystome *calcifié* découvert chez un jeune homme de dix-neuf ans. Elle nous permettra de rappeler les principaux caractères de ces tumeurs rares, d'évoquer leur étiologie et leur embryogénèse. Celles-ci posent, en effet, des problèmes très intéressants auxquels s'efforcent de répondre différentes hypothèses. Le fait que, dans notre cas, il y ait une calcification, nous amènera d'autre part à discuter du diagnostic des calcifications abdominales. Nous verrons également que cette calcification nous a fait un moment évoquer la possibilité, non plus d'un entérokystome, mais d'une tumeur dysembryoplasique complexe, type tératome.

OBSERVATION

Sou... Bernard est un jeune étudiant de dix-neuf ans qui entre dans le Service le 11 juillet 1966, adressé au Professeur CAROLI par le Docteur HUART du Centre Hospitalier de La Roche-sur-Yon — pour avis thérapeutique — avec le diagnostic de présomption suivant : *pancréatite chronique calcifiante.*

I. — Anamnèse

a) Familiale : rien de particulier. A deux frères respectivement âgés de vingt-sept et vingt-huit ans, sans passé pathologique notable.

b) Personnelle :
— anamnèse pathologique lointaine : quelques crises d'eczéma et d'urticaire dans l'enfance ;
— anamnèse pathologique proche : appendicectomie en 1960.

II. — Histoire de la maladie

Elle est faite d'une succession de crises douloureuses abdominales *hyperalgiques,* apparues pour la première fois en septembre 1963 et qui, de juin 1964 à mai 1966, vont justifier *à douze reprises* l'hospitalisation du jeune malade.

1) Le début des troubles remonte donc au mois de septembre 1963. Notre malade est alors terrassé par une douleur lombaire bilatérale irradiant en ceinture en avant, mais qui restera à prédominance abdominale gauche : douleur extrêmement violente, l'obligeant à rechercher une position antalgique, qu'il découvre lorsqu'il se couche en chien-de-fusil, un coussin sur le ventre. Cette crise est suivie, une heure après, par l'émission d'un vomissement alimentaire important (d'aliments non digérés). Une injection d'atropine amène sa sédation. Elle se renouvellera cependant trois heures après, sous forme d'une violente algie abdominale diffuse, avec irradiations dans le dos, qui s'amendera sous l'effet d'une injection de morphine. On pense alors à une *banale crise de colique néphrétique.*

2) Au mois de novembre de la même année : la crise se renouvelle ; trois accès douloureux à quelques heures d'intervalle la caractérisent, ayant pour siège cette

fois la région péri-ombilicale, sans irradiations postérieures, mais avec encore prédominance à gauche. Très violente, elle s'amende sous l'effet de la morphine. C'est alors qu'une *urographie intra-veineuse* (premier examen complémentaire en date effectué le 28 novembre 1963) montre une morphologie et une fonction rénales absolument normales, mais révèle la présence de *calcifications au niveau du flanc gauche de la deuxième vertèbre lombaire* (*fig. 1*). A l'évidence, il ne s'agit pas d'une lithiase réno-urétérale.

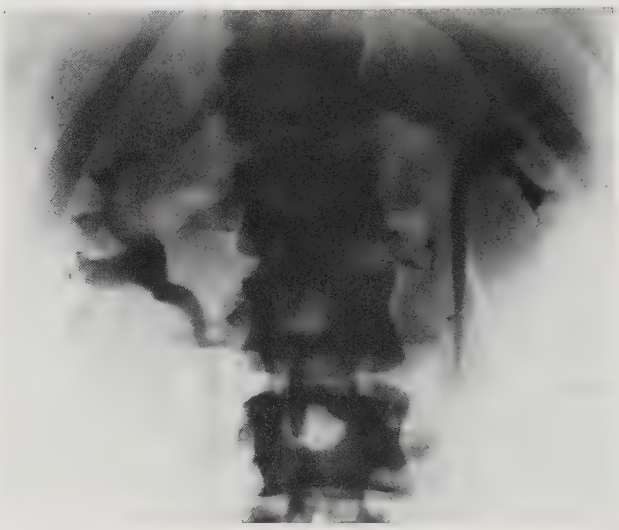


FIGURE 1 : Urographie intra-veineuse ; aspect normal de l'appareil urinaire, mais présence d'une masse arrondie, irrégulièrement calcifiée, en regard du disque L1-L2, avec petite calcification sous-jacente en regard de l'apophyse transverse de L2. Noter également l'aspect atrophique de la douzième côte droite par rapport à son homologue gauche.

3) La répétition d'une crise du même type, en février 1964, ayant nécessité également la morphine, justifie une radiographie de l'abdomen sans préparation le 27 février 1964, où l'on retrouve les mêmes calcifications. Aucun niveau liquide ni pneumopéritoine ne sont visibles.

4) Au mois d'avril 1964, une nouvelle crise amendée par les opiacés, justifie cette fois la première consultation auprès du Docteur HUART. Celui-ci fait pratiquer :

— une cholangiographie intra-veineuse le 3 avril 1964, qui montre une vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques strictement normales ;

— *un transit gastro-duodénal* le 4 avril 1964, sur lequel on discute la possibilité *d'une image de compression au niveau de l'antre.*

5) Notre malade est hospitalisé pour la première fois au mois de juin 1964, dans le Service du Docteur HUART, à l'occasion d'une répétition de la crise. Il reçoit alors : atropine, palfium buvable (qui se révèlera très actif), zymophren et hémisuccinate d'hydrocortisone.

6) Il est hospitalisé une deuxième fois au mois de juillet 1964 : on pratique alors une première numération globulaire-formule sanguine qui se révèle strictement normale, *ainsi qu'un premier dosage de l'amylase qui donne des chiffres quasi normaux tant pour le sérum que pour l'urine analysés.*

7) Le patient sera par la suite hospitalisé d'une façon à peu près régulière, lors de chaque répétition des crises, celles-ci se stéréotypant *grosso modo* sur la crise initiale.

8) *Au cours de l'évolution,* les crises algiques deviennent de plus en plus rebelles aux thérapeutiques classiques : palfium et équanil ont tôt fait de remplacer l'atropine.

a) Au mois de février 1965, une radiographie de l'abdomen sans préparation retrouve les calcifications para-rachidiennes.

b) Au mois d'août 1965, des clichés du thorax et de l'arbre urinaire n'apportent aucune donnée nouvelle. Une N.G.-F.S. montre quant à elle *une éosinophilie à 13 %.*

c) Au mois d'octobre 1965, une nouvelle N.G.-F.S. montre une *éosinophilie à 6,5 %.*

d) Au mois de janvier 1966, on retrouve les calcifications sur un nouveau cliché de l'abdomen sans préparation.

e) Au mois de février 1966, notre malade présente un bref épisode pseudo-angiocolitique anictérique, avec urines colorées. Les examens biologiques pratiqués révèlent :

— la normalité de la bilirubinémie ;

— la normalité des transaminases S.G.O.T. : 12 unités spectro (normale = inférieure à 50) :

— de la calcémie : 80 mg/l (normale = entre 85 et 110 mg/l) ;

— de la phosphorémie : 31 mg/l (normale = entre 30 et 45 mg/l) ;

— une élévation des transaminases S.G.P.T. : 130 U spectro (normale = inférieure à 45) ;

— une baisse de la calciurie : 31 mg/24 h (normale = entre 100 et 700 mg par 24 h).

f) Enfin, au mois de mai 1966, notre malade fait sa dernière crise, plus légère, la seule, semble-t-il, à ne point se stéréotyper strictement sur les autres. Une N.G.-F.S. pratiquée alors montre une hyperleucocytose isolée (13.000 G.B./ml).

g) Lorsqu'il sera enfin admis dans le Service du Professeur CAROLI, aucune crise douloureuse ne se sera produite pendant la période de quatre mois précédente.

9) *Au total :*

A l'entrée du malade dans le Service au mois de juillet 1966, et au terme de cette longue période *remarquable par la ténacité du syndrome douloureux épisodique,* un premier bilan peut être formulé :

a) *D'une part,* sur le plan clinique, on note une série de crises douloureuses abdominales très violentes, entre les mois de septembre 1963 et mai 1966, à type d'algies :

— à point de départ et à prédominance variables selon les crises, tantôt péri-ombilicales, tantôt lombaires gauches, mais le plus souvent réalisant par leur diffusion, un abdomen gauche hyperalgique ;
— à durée relativement brève (quelques heures) ;
— survenant *par crises,* environ tous les deux mois ;
— mais, fait important : dont au cours de l'évolution, l'intensité est de plus en plus difficilement réprimée par les antalgiques banaux ; ce qui conduira à une escalade progressive et dans la nature et dans les doses d'antalgiques majeurs.

On notera par ailleurs une remarquable conservation, dans l'intervalle des crises, de l'état général du malade, qui continue son activité normale, ne présente ni céphalée ni urticaire, non plus de signes digestifs particuliers, notamment pas de stéatorrhée, pas de diarrhées ni de constipation, pas d'hématémèse ni de mélæna, non plus d'ictère.

A l'exception toutefois :
— du seul vomissement enregistré, lors de la première crise ;
— d'un bref épisode pseudo-angiocholitique anictérique, mal étiqueté, au décours de l'une des crises au mois de février 1966 ;
— et enfin, de discrets épisodes d'amaigrissement strictement contemporains des crises.

b) *D'autre part,* sur le plan radiologique :

1° Une intégrité totale et constante, quant à l'organicité, des clichés :
— du thorax ;
— de la vésicule biliaire et des voies biliaires ;
— de l'arbre urinaire ;
— du tractus gastro-intestinal.

2° *La remarquable constance de la présence de calcifications dans la région para-médiane gauche juxta-rachidienne lombaire,* mise en évidence :
— d'abord sur les clichés d'U.I.V. ;
— ensuite sur les clichés de l'abdomen sans préparation.

c) *En dernier lieu,* sur le plan biologique :

1° D'une part, une constatation importante : *la quasi constance de la normalité des taux d'amylasémie et d'amylasurie :*
— amylasémies des 18 juillet 1964 et 8 août 1964 = 49 unités Somogyi (normale = entre 60 et 125) ;
— amylasémie du 3 janvier 1966 = 85 U.S. ;
— amylasurie du 20 juillet 1964 = 160 unités Lium (normale = inférieure à 300).

2° D'autre part, la normalité du test d'hyperglycémie provoquée en date du 26 mai 1966.

3° Enfin, la normalité des nombreuses N.G.-F.S. pratiquées, à l'exception toutefois des deux éosinophilies déjà mentionnées, et d'une hyperleucocytose avec polynucléose (24 mai 1966) due vraisemblablement à une affection intercurrente.

Il semble donc qu'on se soit orienté, compte tenu de la filiation des examens complémentaires :

— vers une *lithiase rénale*, tout au début de l'histoire ;

— puis vers une *pancréatite chronique calcifiante*, malgré la normalité de la biologie.

Mais on aurait pu aussi bien discuter la possibilité d'un *kyste hydatique* puisqu'il y avait eu éosinophilie.

III. — Hospitalisation dans le Service du Professeur Caroli

A. — LES ETAPES DU PRE-DIAGNOSTIC

A l'entrée dans le Service (juillet 1966)

On remarque la bonne conservation de l'état général du jeune patient. L'examen se révèle négatif, sauf au niveau de l'abdomen où l'on note une extrême sensibilité à la palpation, mais sans contracture. Discrète polymicroadénopathie au niveau des deux chaînes cervicales, par ailleurs. En cours d'hospitalisation (les 6 et 7 août 1966), notre malade présentera deux crises douloureuses du flanc et de la région lombaire gauches, apyrétiques et sans poussée tensionnelle (avec léger clocher hyperamylasémique : 12 unités Vincent, alors que la normale oscille entre 4 et 10 U.V.), difficilement atténuées par les opiacés. L'abdomen reste souple.

Première étape : Etape radiologique

L'artériosplénoportographie bi-sélective (tronc cæliaque et mésentérique supérieure) pratiquée le 13 juillet 1966 (Docteur Bennet), va permettre d'affirmer l'intégrité du pancréas, tout au moins sur le plan radiologique strict (« toutes les artères pancréatiques du corps et de la queue sont parfaitement bien opacifiées et on obtient une pancréatographie d'une densité remarquable, un peu moins nette au niveau de la tête »).

On note par ailleurs un aspect normal de l'artère splénique et de la vascularisation hépatique ; une iléo-portographie de retour d'excellente qualité ; et la spléno-portographie de retour, très dense, montre un axe spléno-portal normal, et un léger reflux mésentérique.

Deuxième étape : Etape biologique et radiologique

a) Sur le plan biologique.

La biologie est venue entre temps :

1° Confirmer le résultat de l'artériographie, c'est-à-dire : *l'intégrité apparente du pancréas.*

2° L'hyperglycémie provoquée en date du 27 juillet 1966 se révèle normale.

3° L'amylasémie restera dans les limites de la normale :

— le 14 juillet 1966 = 6 unités Vincent (normale entre 4 et 10) ;

— le 6 août 1966 = 12 U.V. ;

— le 8 septembre 1966 = 3 U.V.

4° Le tubage à la sécrétine en date du 18 juillet 1966 se révèle également normal quant aux volumes sécrétés (154 ml), quant à la concentration lipasique maxima qui atteint 96 unités. Seule la concentration maxima en bicarbonates est un peu déficitaire (75 mEq/l).

5° Devant l'élévation relative des taux de la calciurie (135 mg/24 h le 12 juillet 1966) et de la phosphaturie (465 mg/24 h le 12 juillet 1966), on évoque la possibilité d'un hyperparathyroïdisme ; mais :

— la calcémie (96 mg/l le 12 juillet 1966) ;

— les phosphatasémies alcaline (6 U.K.A. les 13 juillet 1966 et 20 juillet 1966) et acide (1,8 U.K.A. le 20 juillet 1966) ;

— et la phosphorémie (37 mg/l le 10 août 1966) ;

sont normales.

b) *Sur le plan radiologique.*

Une U.I.V. pratiquée le 1er août 1966 met en évidence l'intégrité de l'arbre urinaire, les calcifications en étant strictement indépendantes.

Troisième étape : Etape clinique

Compte tenu d'un aspect cunéiforme des neuvième et dixième vertèbres dorsales, d'un pincement discal au niveau des quatre premières vertèbres lombaires, d'une rigidité du rachis dorsal, de la topographie radiculaire de troubles de la sensibilité avec hyperesthésie, on va s'orienter vers une affection rachidienne ou neurologique (la ponction lombaire pratiquée le 10 août 1966 révèlera cependant un L.C.R. strictement normal).

Les neurologues consultés concluent : « Il ne semble pas que les crises douloureuses soient en rapport avec une affection neurologique. L'image n'est pas celle non plus d'un neurinome dont ce n'est pas le siège et qui ne se calcifie jamais. »

Quatrième étape : Etape de décision opératoire (Conclusions du Professeur Caroli) :

« Toutes les radiographies du tractus digestif sont normales :

— voies biliaires et vésicule biliaire ;

— œsophage ;

— estomac ;

— cadre duodénal ;

— intestin grêle ;

— côlon.

Tous les dosages effectués sur le sang (y compris la N.G.-F.S., la réaction de Bordet-Wassermann, l'électrophorèse des protéines) et les urines (y compris la

recherche de l'albumine ; la recherche des porphyrines effectuée le 16 août 1966) sont négatifs. Le seul élément positif en faveur d'un diagnostic est l'existence sur le flanc gauche de la colonne vertébrale, au niveau du disque intervertébral L1-L2, *d'une image calcifiée de la largeur d'une pièce de cinq francs, arrondie, irrégulière, avec un tout petit grain sous-jacent, satellite.*

Or :

1) La lymphographie pratiquée le 18 août 1966, permet d'affirmer qu'il n'existe aucun rapport entre le système lymphatique et les calcifications : il ne s'agit donc pas de ganglions lymphatiques calcifiés.

2) L'U.I.V. (en date du 1er août 1966) exclut l'appartenance des calcifications à l'arbre urinaire, non plus aux surrénales, car situées trop bas, sous-pédiculaires.

3) La grosse calcification pourrait se situer dans le corps du pancréas, malgré la normalité des taux des amylases et ce, au vu du trajet de la veine splénique. Mais, jamais, les calcifications n'ont cet aspect...

4) La grosse calcification paraît être para-mésentérique, se projetant sur la veine splénique, au confluent mésaraïque, donc au niveau de la racine du mésentère, peut-être rétro-péritonéale.

A ce propos, on peut évoquer la possibilité de douleurs radiculaires par compression.

Je crois donc :
— qu'on peut éliminer le pancréas ;
— qu'on peut également éliminer le rein et la surrénale.
Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un kyste hydatique.
L'anévrysme de l'artère splénique n'est pas non plus à retenir.
Serait-ce un tératome ?
Je suis d'avis d'extirper ce corps calcifié par voie antérieure. »

B. — L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET SES SUITES

Dès lors, ce jeune malade est transféré en chirurgie et l'intervention a lieu le 7 septembre 1966.

Compte rendu opératoire du 7 septembre 1966 (Docteur Marc Hivet)

« Médiane sus-ombilicale qui sera prolongée largement en dessous de l'ombilic. L'exploration de l'abdomen sera systématique. Tout est normal, sauf :

a) L'existence de nombreux ganglions dans le mésentère. Biopsie de l'un d'eux.

b) L'existence d'une masse grossièrement ovoïde de 6 cm de long sur 3 cm de large, dont le pôle inférieur est situé immédatement au-dessus de l'angle de Treitz et dont le corps s'enfonce à la face postérieure du pancréas. Cette masse qui est située en avant de l'aorte (dans un plan différent) est calcifiée par endroits. Il n'existe pas de plan de clivage net et après dissection et ligature de nombreux petits vaisseaux, on pourra enlever cette masse dont le pôle supérieur remonte

au-dessus du bord supérieur de l'isthme pancréatique. Au cours de cette dissection, on ouvrira cette lésion. La paroi est épaissie ; elle contient un liquide purulent non fétide, sans grumeaux : prélèvement pour bactériologie. La face profonde est lisse.

Hémostase soigneuse de la zone disséquée.

Un redon sortira au bord supérieur du pancréas.

Fermeture péritonéale complète.

Histologie dans le Service du Professeur Caroli.

Les suites opératoires

Elles ne sont grevées d'aucune complication. Notre malade rentre à La Roche-sur-Yon pour reprendre une activité normale. Dix mois de recul sans incident laissent bien augurer de la guérison.

C. — L'EXAMEN DE LA PIECE OPERATOIRE

Compte rendu de l'examen histologique effectué le 7 septembre 1966 sur la pièce opératoire (Docteur Jacques Etève)

La pièce opératoire est constituée par une petite formation kystique ovoïde mesurant environ 5 à 6 cm de diamètre (*fig. 2*).

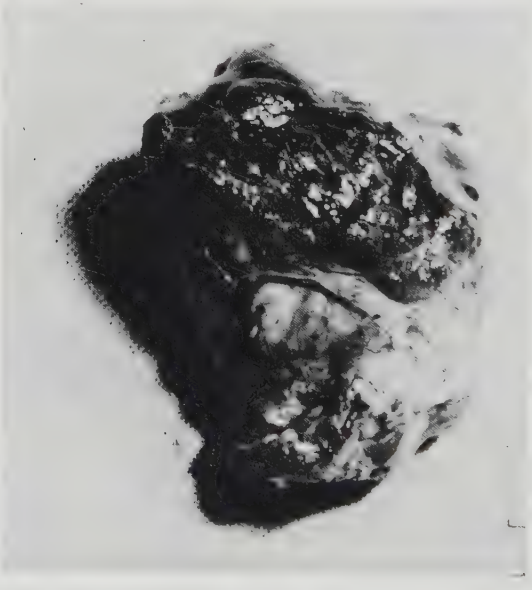


Figure 2 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire

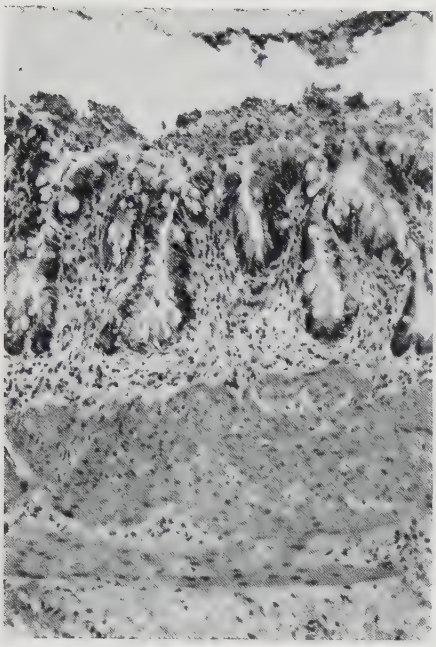
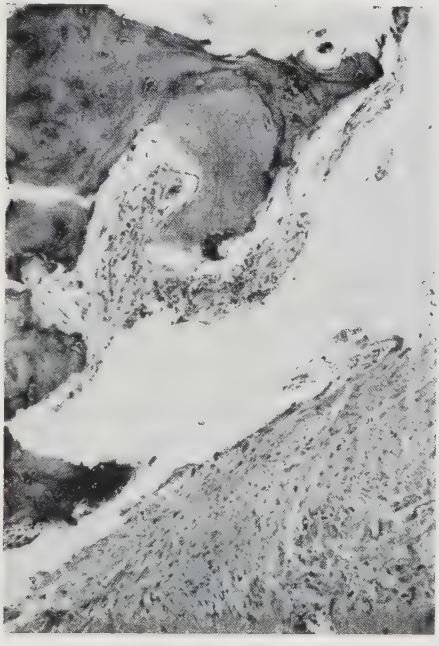


FIGURE 3 : Détail histologique de la paroi du kyste, montrant le revêtement muqueux avec son épithélium cylindrique et son chorion, ainsi que les couches musculaires sous-jacentes.

FIGURE 4 : Plage de métaplasie osseuse dans la paroi du kyste.



Histologiquement (*fig. 3*), sa paroi présente une structure bien organisée, dans laquelle on observe à l'intérieur un revêtement de muqueuse bordé par un épithélium cylindrique glandulaire légèrement papillaire monostratifié et qui ne présente aucun caractère proliférant. Cette bordure repose sur un chorion lâche, infiltré de cellules inflammatoires, au-delà duquel on distingue deux plans bien régulièrement disposés, d'éléments musculaires formant deux couches, l'une longitudinale, l'autre transversale. A la périphérie, dans une atmosphère fibreuse, on observe une série d'éléments vasculaires et nerveux, comme dans la sous-séreuse d'un segment intestinal. Il s'agit donc d'un kyste entéroïde. Quelques vestiges d'îlots de glandes d'allure pancréatique observés à sa périphérie situent son origine vraisemblablement à l'étage duodéno-jéjunal, en accord d'ailleurs avec sa topographie opératoire, immédiatement au-dessus de l'angle de Treitz. Après repérage radiographique sur la pièce, une zone de calcification a été examinée histologiquement. Son aspect n'est pas homogène, puisqu'à côté de zônes évoquant une simple surcharge calcaire, il y a des plages nettement ossifiées (*fig. 4*). La présence de ces structures doit faire envisager à côté du diagnostic d'entérokystome, celui d'une tumeur dysembryoplasique complexe, type tératome.

Analyse bactériologique

En accord avec les données de l'histologie, il s'avère que la substance liquide crémeuse intra-kystique n'est pas du pus, mais un mucus élaboré dont l'ensemencement sur Loewenstein est resté négatif (21 décembre 1966).

D. — EN RESUME

Chez un jeune homme de dix-neuf ans, une longue histoire de crises douloureuses lombo-abdominales gauches avec, sur les radiographies, des calcifications para-lombaires gauches au niveau de L1-L2, fait suspecter la possibilité d'une formation tumorale congénitale. Cette hypothèse est confirmée par une laparotomie exploratrice qui permet l'exérèse d'une tumeur kystique située dans la racine du mésentère au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et débordant en arrière de l'isthme pancréatique. La description histologique de cette tumeur répond au classique entérokystome, c'est-à-dire à une duplication intestinale, mais la présence d'un tissu osseux fait discuter la possibilité d'une tumeur dysembryoplasique complexe type tératome.

COMMENTAIRES

A la suite des publications de LADD et GROSS en 1940, il est maintenant admis, pour désigner une série de malformations qui se retrouvent avec des symptomatologies diverses à tous les niveaux du tractus alimentaire, et qui ont en commun les caractères suivants :

— formations sphériques ou allongées ;
— possédant une couche de muscles lisses ;
— délimitées par une membrane muqueuse de nature histologique comparable à une muqueuse du tractus digestif normal ;
— plus ou moins intimement connectées au tube digestif lui-même ;

d'utiliser le terme de *duplications du tube digestif*, de préférence aux dénominations nombreuses sous lesquelles elles étaient et sont encore décrites (entérokystome, kyste entéroïde ou entérogène, iléum duplex, diverticule géant, kyste thoracique d'origine entérale, kyste bronchogénique, diverticule de Meckel aberrant, etc...). Toutes ces dénominations, comme l'a rappelé HENNEMANNE en 1959, apparaissent en effet impropres ou incomplètes. De même, le terme de *dédoublement* que DUHAMEL préfère à celui de duplication est critiqué par CALDÉRA et Coll. (1960) car, possédant une signification anatomique trop particulière qui ne répond pas à l'idée incluse dans le terme de duplication, à savoir celle d'un double, d'un duplicata, d'une « réplique », d'un segment digestif.

Compte tenu de cette évolution de la terminologie, il peut paraître paradoxal que nous ayons intitulé notre cas « entérokystome ». En fait, si nous sommes d'accord pour dire que ce terme ne peut valablement désigner toutes les duplications comme le voulaient TERRIER et LECÈNE en 1904, nous pensons, par contre, qu'il peut être gardé pour désigner *précisément* celles qui sont nées de l'intestin grêle et se sont développées dans sa paroi ou le mésentère.

Tels que nous venons de les définir, les entérokystomes apparaissent comme la localisation préférentielle des duplications du tube digestif : 58 % des cas selon GROSS en 1952 ; 60 % des cas selon VALOGNES en 1966, dans sa thèse inspirée par M. le Professeur CAROLI. Dans

l'absolu cependant, ils restent rares puisque l'ensemble des duplications publiées en 1959 ne dépassait pas 700 cas (HENNEMANNE) et qu'entre 1950 et 1960, CALDÉRA et Coll. n'ont pu colliger que 141 cas de duplications du grêle. De ce seul point de vue donc, notre observation méritait d'être rapportée, mais ce n'est pas là, comme nous allons le voir, son seul intérêt.

I. — LES ENTEROKYSTOMES OU DUPLICATIONS DE L'INTESTIN GRELE

Données cliniques, anatomo-pathologiques et embryologiques

A) Du point de vue clinique

Les entérokystomes s'observent avec une plus grande fréquence dans le sexe masculin. La plupart d'entre eux (103 des 141 cas colligés par CALDÉRA et Coll.), se révèlent dans les deux premières années de la vie et presque tous (90 %), avant l'âge de quinze ans. Le fait que, dans notre cas, les premiers symptômes ne sont apparus qu'à l'âge de seize ans, confirme la latence clinique possible de la malformation qui peut ne se manifester qu'à l'âge adulte (BROKER et HAY, NOLAN et LÉE, VALOGNES) ou même n'être qu'une découverte fortuite d'autopsie (HENNEMANNE).

Les *symptômes* par lesquels se manifestent les entérokystomes sont des plus variés (CALDÉRA et Coll., GENTON et GROB, HENNEMANNE, KONE, VALOGNES), dépendant à la fois du siège de la malformation par rapport au grêle, de son volume, de son caractère kystique pur ou de sa communication avec l'anse intestinale, de l'existence ou non d'une métaplasie gastrique au niveau de sa muqueuse avec les risques de sécrétion peptique, d'ulcération, voire de saignement qu'une telle éventualité comporte. Les tableaux d'obstruction ou d'occlusion intestinales sont peut-être les plus fréquents, en particulier chez le nourrisson. L'entérokyste peut être le point de départ d'une invagination. Les duplications duodénales qui intéressent surtout le deuxième duodénum, peuvent comprimer celui-ci et donner un syndrome d'obstruction haute rappelant la sténose du pylore. La fréquence des localisations à la fin de l'iléon explique que nombre de cas soient étiquetés « appendicite » et opérés comme tels. Ailleurs, c'est le problème diagnostique d'une masse abdominale palpable. Bien souvent, comme dans notre cas, tout se résume à des manifestations douloureuses évoluant

par crises, et faisant évoquer tantôt un syndrome ulcéreux, ailleurs des crises paroxystiques type coliques hépatique ou néphrétique, ou encore des douleurs de pancréatite. Quand la muqueuse de l'entérokyste est le siège d'un ulcère, les manifestations douloureuses sont encore plus violentes. Des cas de perforation ont été rapportés, et aussi d'hémorragies intestinales en cas d'entérokystomes communicants.

Rapporter ces manifestations à leur cause est presque une gageure. Comme le souligne HENNEMANNE : au niveau de l'intestin, il n'est pas de symptôme pathognomonique et le diagnostic est rarement porté avant l'intervention.

En pratique, mis à part les cas où le tableau réalisé est celui d'un ventre aigu et par conséquent force la main à intervenir rapidement, on est conduit à procéder par exclusion, en multipliant les explorations biologiques et radiologiques. Mais les observations restent exceptionnelles qui comportent un diagnostic pré-opératoire, telle celle de MARION et Coll., avec dédoublement long de 120 cm communiquant largement avec l'intestin normal et opacifié radiologiquement.

De fait, cette *opacification radiologique* spontanée, que ce soit au cours d'un transit ou bien d'un lavement baryté, est tout à fait rare (CALDÉRA et Coll., HENNEMANNE). Il est extrêmement rare également qu'on ait, sur des clichés sans préparation, une image gazeuse ovoïde par passage d'air en cas de malformation communicante. Il faut noter cependant que par des artifices techniques, grâce en particulier à une sonde intestinale, certains auteurs (BUCKSTEIN. SHIFFER et SNODGRASS cités par HENNEMANNE), ont pu faire passer du liquide de contraste par le pertuis de communication et obtenir ainsi une image nette de la duplication. Quant à la possibilité d'une image calcifiée comme traduction d'un entérokystome, bien que MC. AFEE et DONNER y fassent allusion dans leur remarquable travail sur le diagnostic étiologique des calcifications radiologiques abdominales, elle n'est mentionnée dans aucune des observations que nous avons pu étudier. La nôtre apporte donc dans ce domaine une donnée quasi inédite et qui mérite d'être mieux connue, car si elle ne nous a pas conduit à un diagnostic préopératoire, elle permettra peut-être à d'autres d'y parvenir à l'avenir. En dehors de ces images que nous qualifierons de « directes » et en dehors des cas où le tableau radiologique traduit une obstruction à un niveau variable, on peut encore observer, grâce aux examens des divers systèmes (transit gastro-intestinal, lavement baryté, urographie intra-veineuse), des images de déformation extrinsèque. Au total, *l'examen radiologique* est plus à même de localiser la lésion responsable des troubles cliniques que d'en préciser la nature exacte ; mais il faut bien dire que pour nombre d'entérokystomes, il n'apporte aucun élément

de diagnostic positif. Le tort serait alors, étant donné la négativité de toutes les explorations, de ne pas croire à l'organicité des souffrances du malade, de ne pas recourir à la *laparotomie exploratrice*, et de laisser évoluer l'entérokystome qui, au fur et à mesure que le temps passe, n'a que plus de chances d'entraîner des complications parfois dramatiques, telle sa nécrose avec péritonite mortelle (MAZINGARBE).

Moyen diagnostique habituel, cette laparotomie permettra du même coup le *traitement qui ne peut être que chirurgical*. Les difficultés opératoires sont variables d'un cas à l'autre, mais elles peuvent être grandes, car l'entérokystome et l'intestin ont souvent une paroi commune, tandis qu'artères et veines intestinales croisent généralement la surface du kyste. On est donc le plus souvent conduit à réséquer à la fois la duplication et l'intestin voisin. Dans certains cas, comme le nôtre, il est possible de réaliser une résection simple du kyste, mais le danger est alors de méconnaître un pertuis punctiforme de communication avec la lumière intestinale et de voir se développer dans les suites une péritonite grave. Bien entendu, les conditions locales peuvent exiger des techniques spéciales (duplications du duodénum par exemple). Il est bien évident également que le fait d'intervenir sur une forme compliquée est un élément de pronostic défavorable.

Reste encore un dernier point à souligner : il faut savoir que, comme toute malformation congénitale, *un entérokystome est volontiers associé à d'autres anomalies*. C'est ainsi qu'on rencontre avec une fréquence qui exclut toute coïncidence, des atrésies intestinales, une malrotation de l'anse intestinale, voire une imperforation anale. Egalement fréquentes et d'un puissant intérêt physiopathologique, car plus qu'une association, elles suggèrent un mécanisme commun à leur origine, sont les malformations rachidiennes : spina bifida antérieure, scoliose par hémivertèbre, vertèbre cunéiforme. Leur constatation sur un cliché est un élément de grande valeur en faveur d'une duplication (CALDÉRA et Coll., NÉZELOF). Leur recherche doit être systématique lorsqu'on soupçonne ce diagnostic, en particulier devant une masse abdominale. A ce propos, rappelons que dans notre cas, il existait à la fois des anomalies du rachis lombo-sacré, ainsi qu'une atrophie de la douzième côte droite. Malheureusement, nous n'avons pas su leur accorder toute la valeur diagnostique que, sans doute, elles méritaient.

B) Du point de vue anatomo-pathologique

Il est important de rappeler les trois caractères fondamentaux, pathognomoniques des entérokystomes comme des duplications en général, tels que LADD et GROSS les ont bien précisés :

— lésions congénitales d'origine digestive ;
— plus ou moins accolées à une partie quelconque du tractus alimentaire ;
— et dont les parois sont constituées par des tuniques de nature intestinale.

I) Tous les entérokystomes ont donc une structure commune, c'est-à-dire qu'ils sont formés, comme dans notre cas :

— *d'une musculature lisse*, épaisse, dont les deux couches ont une orientation contrariée et possèdent une innervation autonome, visible sous forme de plexus d'Auerbach bien développés ;
— *d'une sous-muqueuse ;*
— *d'une muqueuse* qui ressemble le plus souvent et par définition à celle du grêle, mais peut être également hétérotopique, habituellement gastrique. Parfois, plusieurs types de muqueuse voisinent dans une même formation. Ailleurs, la muqueuse est atrophique, remaniée, voire détruite par des phénomènes inflammatoires ou nécrotiques.

II) A l'inverse de la structure, la forme, les dimensions, le siège et le trajet des duplications de l'intestin grêle sont extrêmement complexes :

— sphériques et leur diamètre peut atteindre 20 cm, ailleurs allongées, tubulaires, pouvant mesurer jusqu'à 1 m de long, ces formations ont une localisation plus fréquemment iléale ou iléo-cæcale, voire jéjunale ou duodénale, que duodéno-jéjunale comme dans notre cas. La série de Gross est sur ce point tout à fait significative ;
— ces entérokystomes peuvent être ou non en contact avec le tube digestif ; parfois, ils en sont très éloignés.

a) Les formations en contact sont les plus fréquentes et, dans 1/5e des cas, elles communiquent avec la lumière adjacente. Elles peuvent être :

1) Intra-pariétales, soit dans la sous-muqueuse, soit habituellement dans la musculeuse ; la malformation se présente alors comme un renflement du tube digestif ; à la coupe, la tumeur fait saillie dans la lumière, qu'elle obture plus ou moins complètement.

2) Juxta-intestinales ; ovoïdes les plus fréquentes ; tubulaires, plus complexes, réalisant un tube d'aspect et de calibre sensiblement identiques à ceux de l'intestin adjacent, de longueur variable, qui peut courir parallèlement au grêle ou s'en rapprocher progressivement et venir s'y aboucher. Ces formes juxta-intestinales ont des caractères communs : elles siègent au bord mésentérique de l'intestin, entre les

deux feuillets du mésentère ; elles sont étroitement liées à la portion adjacente du tractus digestif par l'intrication de leurs fibres musculaires et surtout par les vaisseaux mésentériques qui cheminent sur les deux faces de la malformation pour atteindre l'intestin normal. C'est à cette disposition que nous avons fait allusion à propos du traitement pour en expliquer les fréquentes difficultés. Il faut dire également que dans certaines de ces formes où le dédoublement est intimement attaché au tube digestif, la recherche laparotomique peut en être difficile, la limite étant réduite à un simple sillon.

b) Dans certains cas, la malformation siège très à distance de l'intestin grêle. Une des formes les plus suggestives est la variété endothoracique à point de départ intestinal : née du grêle, la duplication se porte vers la racine du mésentère, devient rétro-péritonéale, entre dans le thorax et débouche dans le médiastin postérieur. Plus rarement, la malformation qui possède une structure typique d'entérokystome est tout à fait isolée du tube digestif comme dans notre cas : c'est ainsi qu'on a décrit des formations intra-mésentériques, voire rétro-péritonéales (Hafezi).

c) Il faut savoir enfin que plusieurs duplications peuvent s'associer chez un même sujet, au même titre qu'il peut y avoir, comme nous l'avons vu, *association à d'autres anomalies congénitales.*

III) En ce qui concerne maintenant le liquide contenu dans l'entérokystome, il reste clair s'il n'y a pas de communication, avec des caractères physico-chimiques et enzymatiques qui varient d'après l'histologie de la muqueuse. L'abondance de la sécrétion peut aboutir à une tension excessive du kyste, sa paroi peut se nécroser avec le risque de perforation dans le péritoine que cela comporte. Il faut noter que la muqueuse, si elle sécrète un liquide glandulaire, est mal protégée contre la digestion enzymatique, ce qui peut entraîner des altérations de ses structures microscopiques et explique, en cas d'hétérotopie gastrique, la possibilité d'ulcération acido-peptique. Lorsque la duplication est communicante et le pertuis perméable, le liquide intra-kystique est identique au contenu de l'intestin voisin et peut s'infecter.

IV) Tous les caractères anatomo-pathologiques que nous venons de souligner permettent de différencier les entérokystomes :

— des reliquats du canal omphalo-mésentérique, tel le diverticule de Meckel qui siège au bord anti-mésentérique de l'iléon terminal ;

— des kystes mésentériques développés aux dépens des lymphatiques chylifères, dont la paroi est translucide et qui ne comportent pas de tunique musculaire ;

— d'autres tumeurs enfin, tels les dysembryomes kystiques, très rares, habituellement rétro-péritonéaux ; les uns d'origine ectodermique (kystes dermoïdes) contenant des poils, des fragments dentaires, etc., les autres beaucoup plus complexes (tératomes), réalisant un mélange chaotique de tissus et d'ébauches organiques d'origine tridermique et comportant en particulier des structures osseuses.

C) Du point de vue embryologique

L'étude des entérokystomes rejoint par définition celle des duplications du tube digestif en général. Il s'agit là d'un chapitre particulièrement intéressant, et les hypothèses proposées ont été et sont encore nombreuses.

C'est ainsi qu'en 1904, TERRIER et LECÈNE voyaient dans la duplication l'isolement, à un stade précoce de la vie embryonnaire, d'une portion de la paroi intestinale. Une théorie voisine a été avancée par LEWIS et THYNG en 1907 qui, lors d'études histologiques systématiques de fœtus, avaient fréquemment noté la présence vers la huitième semaine, de petits diverticules étagés sur toute la hauteur du tube digestif. Pour eux, la persistance et le développement autonome de ces formations, qui normalement disparaissent au cours du développement de l'embryon, pouvaient conduire à une véritable duplication. Puis HUGHES-JONES, en 1934, a admis la « séquestration » d'un groupe de cellules épithéliales du tube intestinal embryonnaire, pour expliquer la formation des kystes histologiquement comparables à l'intestin voisin. Toujours pour les formes intestinales pures, avec MELLGREN en 1938, on a parlé de persistance d'un canal omphalo-mésentérique ou d'un développement aberrant d'un diverticule de Meckel.

En fait, aujourd'hui, deux grandes théories sont surtout admises :

I) La première est celle de TANDLER et FROSSNER, reprise par BREMER, aux Etats-Unis, en 1944, et plus récemment par DUHAMEL en France. Ces auteurs, surtout pour expliquer les duplications tubulaires (car BREMER, pour les kystes sphériques ou ovoïdes, admet l'interprétation de LEWIS et THYNG), font intervenir une anomalie de reperméation du tube digestif initial après le stade de « boudin plein ». Ils admettent que le tube digestif, d'abord creux vers la cinquième semaine, se comble en raison d'une discordance entre la prolifération épithéliale intense et le peu d'accroissement en longueur. Vers la septième semaine, il se présente donc comme un « boudin plein ». A la huitième semaine, se forment des vacuoles qui confluent et reconstituent la lumière digestive. *Si l'une de ces vacuoles ne s'ouvre pas dans les autres, elle peut*

être à l'origine d'une duplication. Cette théorie explique les cas de lumière double, triple ou quadruple, ce qu'aucune autre ne peut faire, de même que les cas de duplication iléo-cæco-colique. Elle permet également de comprendre l'association à une atrésie qui relève d'une absence de recanalisation.

II) La seconde, proposée par VEENEKLAAS (1952), MACLETCHIE et coll. (1954), BEARDMORE et WIGLESWORTH (1958), qui situe le trouble initial à un stade beaucoup plus précoce, aux environs de la troisième semaine, et met en cause une *adhérence anormale entre l'ectoblaste et l'endoblaste de l'embryon* aboutissant à la formation d'un cordon neuro-entérique, a été poussée à son développement extrême par BENTLEY et SMITH, en 1960, sous le nom de « split notochord syndrome ». Selon ces auteurs, le destin du canal neuro-entérique formé est variable :

a) En de rares occasions, il persisterait intact durant l'embryogénèse et l'organogénèse, donnant une lésion majeure peu compatible avec la vie, et constituée par l'association d'un spina bifida antérieur et postérieur, d'un clivage de la moelle et des méninges, et d'un trajet fistuleux unissant au travers de la brèche rachidienne la face dorsale de l'intestin aux plans cutanés.

b) Le plus souvent, ce cordon neuro-entérique ne survivrait qu'en partie, laissant derrière lui des malformations très variées, en apparence dissemblables, mais possédant en fait la même origine. Ce peuvent être :

— des anomalies postérieures : kystes ou sinus, selon que la formation est close ou s'ouvre à la peau et qui ont pu être décrites à tort sous le nom de « tératomes », car ils renferment, à côté du tissu glial, une muqueuse digestive ou respiratoire ;

— des anomalies antérieures, plus fréquentes, et nous retrouvons là les habituelles duplications, lesquelles peuvent être indépendantes, ou communiquer soit, fréquemment, avec la lumière intestinale, soit, plus rarement, avec la cavité rachidienne. On comprend mieux avec cette théorie, la fréquence des anomalies vertébrales associées aux duplications.

II. — REMARQUES A PROPOS DU CAS RAPPORTE

Grâce à l'étude clinique, anatomo-pathologique et embryologique que nous venons de faire des entérokystomes, et grâce à la confrontation réalisée au fur et à mesure avec notre cas, il nous est plus facile maintenant d'en faire ressortir les particularités qui en font *une observation privilégiée.*

I) Privilégiée, elle l'est par l'age relativement tardif (seize ans) auquel les symptomes ont fait leur apparition. Ceux-ci, comme c'est la règle, dans les formes restées longtemps latentes, ont été avant tout douloureux et ces douleurs ont évolué pendant trois ans, de plus en plus intenses, avant qu'on ne se décide à recourir à une laparotomie qui fit le diagnostic et fut suivie de guérison. Ce retard à opérer, malgré la certitude d'une lésion organique qu'apportait l'existence d'une calcification abdominale, s'explique en partie par le fait qu'on croyait à une calcification pancréatique, ce qui n'a jamais été *a priori* un impératif chirurgical.

II) Privilégiée, elle l'est également par les caractères topographiques de l'entérokystome. Celui-ci, rappelons-le, avait son origine au niveau de la région duodéno-jéjunale, ce qui, nous l'avons vu, est une localisation très rare des duplications du grêle. Il était d'autre part totalement isolé du segment intestinal dont il dérivait, éventualité peu fréquente et qui, sur le plan chirurgical, nous a permis de réaliser une simple résection du kyste, sans toucher à l'intestin. Il était enfin situé dans la racine du mésentère, juste au-dessus de l'angle de Treitz, mais débordant derrière l'isthme du pancréas, au-devant de l'aorte abdominale, donc en partie *comme rétro-péritonéale,* ce qui, nous le verrons, n'a pas été une des moindres raisons qui nous ont fait évoquer la possibilité, non plus d'une duplication, mais d'un dysembryome kystique.

III) Privilégiée, elle l'est enfin et surtout par le fait qu'une image calcifiée dénonçait l'entérokystome.

a) C'est là une notion qui, comme nous l'avons dit, est pratiquement inédite, et ces calcifications, loin de faciliter l'interprétation des manifestations douloureuses abdominales, n'ont fait que l'égarer au profit de diagnostics plus courants (lithiase urinaire ; calcifications pancréatiques ; anévrysme de l'artère splénique ; calcifications ganglionnaires ; kyste hydatique, etc.), que les explorations complémentaires éliminaient tour à tour, *pour conduire finalement à l'hypothèse d'un tératome.*

b) Cette hypothèse a eu le mérite d'entraîner la décision chirurgicale. Opératoirement, elle a paru se confirmer en raison de l'absence de communication du kyste avec l'intestin et, comme nous l'avons dit, de son siège un peu particulier, presque rétro-péritonéal. Finalement, *c'est l'histologie qui a relancé la discussion,* car si, à cause de la présence de structures osseuses, elle ne rejetait pas la possibilité d'une tumeur dysembryoplasique complexe, elle avait d'abord conclu « entérokystome ».

c) Si nous avons intitulé notre thèse « *entérokystome calcifié* », c'est qu'à notre avis, seul ce diagnostic pouvait être retenu. Certes, on peut considérer l'apparente juxtaposition d'un tissu endodermique (intestin) et d'un tissu mésodermique (os), comme un argument en faveur d'un tératome, mais manquent dans notre cas les éléments d'origine ectodermique et surtout l'aspect de *structure anarchique, chaotique,* qui, comme l'ont bien précisé M. le Professeur Caroli et coll., à propos d'un cas privilégié de tératome rétro-péritonéal, caractérisent habituellement ce genre de tumeur embryonnaire tridermique. Bien plus, l'aspect non homogène des zônes de calcification où, à côté des plages nettement ossifiées, on voit des zônes qui évoquent une simple surcharge calcaire, est moins en faveur de leur origine embryonnaire mésenchymateuse, que d'une modification secondaire, acquise, apparue dans un entérokystome de structure typique. *Nous pensons que, dans notre cas, il y a eu calcification avec métaplasie osseuse partielle d'une zône de nécrose ou d'hémorragie au sein du kyste.*

Cette interprétation est d'autant plus justifiée, que nous avons vu combien grandes étaient les possibilités d'altération des structures histologiques au sein des entérokystomes. Dès lors, on serait tenté d'établir une relation entre les calcifications et l'apparition des phénomènes douloureux après seize ans de latence ; malheureusement, nous n'avons aucun cliché d'abdomen qui réponde à cette période et permette de dire si l'entérokystome était ou non déjà calcifié à ce moment. On peut penser aussi que la présence de calcifications dans sa paroi a entravé son expansibilité et qu'il s'est trouvé mis sous tension.

d) Finalement, en rapportant cette observation, nous pensons avoir apporté une contribution au diagnostic des calcifications abdominales. Dépistées par des clichés sans préparation qui devraient être systématiquement pratiqués devant tout syndrome douloureux de l'abdomen, elles peuvent, par leur topographie et par leur forme, fournir d'emblée une orientation diagnostique qu'on demandera aux examens complémentaires appropriés de confirmer. Mais encore faut-il pour cela avoir une notion précise de leurs étiologies possibles. C'est le mérite de MacAfee et Donner d'avoir dressé en 1962 une liste très complète de ces étiologies en fonction de la topographie des calcifications en même temps que de l'âge des sujets. C'est le seul travail où nous avons trouvé mention de la possibilité de dépôts de calcium dans la lumière ou les parois des duplications congénitales du grêle, ceci à propos de l'enfant et de calcifications généralisées. Bien qu'à l'évidence (et notre revue de la littérature est là pour le prouver, où nous n'avons trouvé aucun cas précis publié) il s'agisse d'une éventualité exceptionnelle, l'observation que nous venons de rapporter montre qu'en présence de calcifications abdominales, si l'on songe à la possibilité d'une tumeur

embryonnaire, il faut bien entendu songer aux dysembryoplasies (kyste dermoïde, tératome), mais ne pas méconnaître pour autant la possibilité d'une duplication digestive. Elle montre également que si des calcifications chez le nourrisson et l'enfant doivent faire discuter la possibilité d'une tumeur congénitale, cette possibilité ne doit pas être exclue non plus chez l'adolescent, voire l'adulte.

CONCLUSIONS

Retrouvées à tous les étages du tractus alimentaire, de la base de la langue à la marge de l'anus, les duplications du tube digestif sont des malformations congénitales qui remontent au tout début de la vie embryonnaire (troisième ou huitième semaine) et que s'efforcent d'expliquer plusieurs hypothèses parmi lesquelles :

— celle de BENTLEY et SMITH du « split notochord syndrome » ;

— celle de TANDLER et FROSSNER, reprise par BREMER aux Etats-Unis, et par DUHAMEL en France, d'une imperfection dans la reperméation du tube digestif initial après son oblitération épithéliale physiologique ;

sont les plus communément admises.

Ces duplications ont été longtemps désignées par les termes d'entérokystome, de kyste entéroïde ou de kyste entérogène. Nous pensons que ces termes doivent être uniquement réservés aux duplications nées de l'intestin grêle et développées dans sa paroi ou le mésentère, c'est-à-dire à la variété la plus fréquente.

Le cas rapporté dans la présente thèse s'inscrit dans cette interprétation et offre l'occasion de rappeler les principaux caractères des duplications de l'intestin grêle, dont il représente en fait un aspect tout à fait privilégié :

1° Par l'âge relativement tardif à partir duquel il s'est manifesté (seize ans).

2° Par ses caractères topographiques :

— entérokystome ayant son origine au niveau de la région duodéno-jéjunale, ce qui, pour les duplications du grêle, est une localisation très rare ;

— entérokystome totalement isolé du segment intestinal dont il dérive, ce qui n'est pas l'éventualité la plus fréquente ;

— entérokystome situé dans la racine du mésentère, juste au-dessus de l'angle de Treitz, mais débordant derrière l'isthme du pancréas, au-devant de l'aorte abdominale, donc en partie « comme rétro-péritonéal ».

3° Par la présence à son niveau de calcifications, ce qui, à notre connaissance, n'a été qu'exceptionnellement signalé dans les entérokystomes.

Ces calcifications, loin de faciliter l'interprétation des manifestations douloureuses abdominales, n'ont fait que l'égarer au profit de diagnostics de routine.

D'autre part, jointes au siège un peu particulier « presque rétropéritonéal » du kyste, elles ont fait évoquer la possibilité d'une dysembryoplasie complexe type tératome. Mais si l'on peut admettre la juxtaposition d'un tissu endodermique (intestin) et d'un tissu mésodermique (os), manquent à la fois les éléments d'origine ectodermique et l'aspect de structure anarchique, chaotique, qui caractérisent habituellement ce genre de tumeurs embryonnaires et tout porte à croire que, dans notre cas, il y a eu calcification avec métaplasie osseuse partielle d'une zône de nécrose ou d'hémorragie au sein du kyste.

Finalement, cette observation montre qu'en présence de calcifications abdominales, si l'on songe à la possibilité d'une tumeur embryonnaire, il faut bien entendu songer aux dysembryoplasies (kyste dermoïde, tératome), mais ne pas méconnaître pour autant la possibilité d'une duplication digestive. Elle montre également que si des calcifications chez le nourrisson et l'enfant doivent faire discuter la possibité d'une tumeur congénitale, cette possibilité ne doit pas être ignorée non plus chez l'adolescent et chez l'adulte.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
CAROLI

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I. — ARTICLES ET MEMOIRES

1. Abkin D.E. — « Cystic formations of the mesenteries in children. » *Vestn. Khir. Grekov.* (1963), 90 : 113-8.

2. Aboulker P., Roujeau J., Nebut M. — « Mésenchymome rétro-péritonéal. » *Sem. Hôp., Arch. Anat. Path.* (1963), 11 : 257-9.

3. Ackerman L.V. — « Tumors of the retroperitoneum, mesentery and peritoneum. » *Armed Forces Institute of Path.* (1954), 23-24 : 87.

4. Adam, Koskas. — « Kyste entéroïde du mésentère. » *Arch. Franç. Pédiat.* (1948), 5 (6) : 592-5.

5. Adams T.W. — « Obstructing enterogenous cyst of the duodenum treated by cysto-jejunostomy. » *Amer. Surg.* (1956), 144 : 902.

6. Ahrens. — « Ueber einen Fall von fötaler Inclusion im Mesocolon ascendens. » *Arch. f. Klin. Chir.* (1901), 64 : 426-34 ; — *Deutsch. Med. Wschr.* (1901), 27 : 20-21.

7. Aitken J. — « A case of colon and ileum duplex. » *Brit. J. Surg* (1950), 37 : 349.

8. Amitrano L. — « Contributo alla conoscenza delle malformazioni congenite dell'intestino. » *Pediatria* (1939), 47 : 170-4.

9. Anderson M.X., Roberts H.G., Smith E.T. — « Calcified cyst of the adrenal cortex, without endocrine symptoms. » *Radiology* (1950), 54 : 236-41.

10. Andrae G. — « Zum Krankheitsbild des Enterokystoms. » *Zbl. Chir.* (1957), 82 (6) : 265-70.

11. Arata J.E., Blanchet H.J. — « Large primary omental cyst simulating acute appendicitis. » *U.S. Armed Forces M.J.* (1954), 5 : 536-9.

Nota : L'index bibliographique annexé à cette thèse comporte un certain nombre de références qui furent essentielles pour son élaboration. Nous avons toutefois cru utile, pour les travaux ultérieurs, de mentionner un certain nombre d'autres références, participant du sujet.

12. Arnheim E.E. — « Retroperitoneal teratomas in infancy and childhood. » *Pediatrics* (1951), 8 : 309.

13. Arnheim E.E., Schneck H., Norman A., Dreizin D.H. — « Mesenteric cysts in infancy and childhood ; review of the literature and report of a case. » *Pediatrics* (1959), 24 : 469-76.

14. Aschner P.W. — « Enterocyst of the ileum causing obstruction. » *Arch. Surg. Chicago* (1924), 9 : 226-36.

15. Askanazy M. — « Die Teratome nach ihrem Bau, ihrem Verlauf, ihrer Genese und im Vergleich zum experimentellen Teratoid. » *Deutsch. Path. Gesellsch.* (1907), 11 : 38-82.

16. Atchley R.Q. — « Mesenteric cysts. » *J. Okla. Med. Ass.* (1929), 22 : 125.

17. Atucha J. — « Kystes du mésentère. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1959), 48 : 1248-50.

18. Aubrespy P., Pélissier M., Jaumes F. — « Kyste du mésentère invisible à l'examen radiologique direct. » *J. Radiol. Electr.* (1952), 33 (7-8) : 460.

19. Auche. — « Kyste muqueux juxta-intestinal. » *J. Chir.* (Paris), 1 : 272.

20. Babichev S.I., Tsukerman V.M. — « Cysts of the mesentery proper. » *Khirurgiia* (Moskva) (1964), 40 : 116-9.

21. Bachman A.L. — « Calcifications in the splenic region. » *Am. J. Roentgen* (1939), 41 (6) : 931-49, 103 réf. bibliogr.

22. Backer O.C. — « Mesenteric cysts. » *Nord. Med.* (1961), 65 : 708-9.

23. Baker A.H. — « Developmental mesenteric cysts. » *Brit. J. Surg.* (1961), 48 : 534-40.

24. Ball C.F. — « Possible roentgen sign in certain types of mesenteric cysts. » *Amer. J. Roentgen. and Radioth.* (1917), 4 : 250-2.

25. Barcat J.R. (Rapport de Fèvre). — « Un cas de kyste entéroïde du duodénum. » *Mém. Acad. Chir.* (1949), 75 : 545.

26. Barden R.P. — « Calcified epiploic appendages : a radiological curiosity. » *Radiology* (1939), 33 : 768-9.

27. Barney J.D. — « A case of retroperitoneal cyst. » *Boston Med. Surg. J.* (1925), 193 : 908-11.

28. Baroody W.G., Innes R., Harrison H.N. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Gastroenterology* (1956), 30 : 523-8.

29. Barr W.B. Jr, Yamashita T. — « Mesenteric cysts ; review of the literature and report of a case. » *Amer. J. Gastroent.* (1964), 41 : 53-7.

30. Barret J.C. — « Congenital duplications of the small intestine. » *Brit. Med. J.* (1951), 4 (736) : 889.

31. Barthélémy E., Sotton R. — « A propos d'un kyste du mésocôlon transverse. » *Bull. Soc. Méd. Mil. Fr.* (1958), 52 : 123-5.

32. Bartholomew L.G., Cain J.C., Davis G.D., Bulbulian A.H. — « Misleading calcific shadows in the abdomen. » *Postgrad. Med.* (1961), 30 : 51-66.

33. Bartlett E.I. — « Mesenteric cysts. » *Surg. Clin. N. Amer.* (1923), 3 : 811-21.

34. Barua D.L., Sen S. — « Cysts of the mesentery. » *J. Indian. Med. Ass.* (1965), 44 : 615-6.

35. Basman J. — « Enterogenous cysts of the duodenum simulating pyloric stenosis. » *J. Pediat.* (1938), 12 : 363-6.

36. Beahrs O.H., Dockerty M.B. — « Primary omental cysts of clinical importance. » *Surg. Clin. N. Amer.* (1950), 30 : 1073-9.

37. Beahrs O.H., Judd E.S., Dockerty M.B. — « Chylous cyst of the abdomen. » *Surg. Clin. N. Amer.* (1950), 30 : 108.

38. Beardmore H.E., Wiglesworth F.W. — « Vertebral anomalies and alimentary duplications ; clinical and embryological aspects. » *Pediat. Clin. N. Amer.* (1958) : 457-74.

39. Becker J. — « Uber mesenterialzystem. » *Deutsche Med. Wschr.* (1939), 65 : 603-4.

40. Bellanger H. — « Kyste du mésocôlon transverse. » *Ann. Anat. Path.* (1935), 12 : 741-4.

41. Beltrame A. — « Diagnosi e terapia delle cisti mesenteriche. » *Arch. Ital. Chir.* (1965), 91 : 325-30.

42. Beltrami G., Moncalvi S. — « Cisti enterogene. » *Osped Maggiore* (1963), 58 : 818-31.

43. Benchimol N.B. — « Cisto enterogeno retroperitoneal. » *Rev. Brasil. Cir.* (1953), 25 : 405.

44. Benedetti-Valentini S. — « Addome acuto da cisti mesenteriche multiple. » *Policlinico* (sez. prat.) (1955), 62 : 633-7.

45. Benevieni A. — « De abditis nonnulis Ac Mirandis Marborum et sanatiorium causis. » Florentine (1507).

46. Bennett R.S. — « Cystic teratoma in a 10-year-old child. » *J. Nat. Med. Ass.* (1964), 56 : 343.

47. Bentley J.F., O'Donnell M.B. — « Mesenteric cysts with malrotated intestine. » *Brit. M.J.* (1959), 2 : 223.

48. Bentley J.F., Smith J.R. — « Developmental posterior enteric remnants and spinal malformations : the split notochord syndrome. » *Arch. Dis. Child.* (1960), 35 : 76-86.

49. Benzadon J. — « Retroperitoneal cysts ; surgical therapy of a case. » *Semana Med.* (1948), 1 : 464-9.

50. Berger L., Rothenberg R.E. — « Cysts of the omentum, mesentery and retroperitoneum ; clinical study of 18 cases. » *Surgery* (1939), 5 : 522-34.

51. Bernard A., Courty L., Goulliaud. — « Volumineux lipome rétropéritonéal avec calcifications. » *Arch. Mal. Appar. Dig.* (1956), 7-8 : 74-9.

52. Bernasconi M. — « Contributo anatomo-clinico allo studio delle cisti dei meso. » *Atti Accad. Fisiocr. Siena* (Studi Fac. Med. Senese) (1952), 20 : 36-58.

53. Bezza P. — « Roentgenologic diagnosis of cysts of meso-sigmoid, confirmed by surgery ; case. » *Ann. Radiol. Diag.* (1942), 160 : 246-60.

54. Bishop H.C., Koop C.E. — « Surgical management of duplications of the alimentary tract. » *Amer. J. Surg.* (1964), 107 : 434.

55. Blackmun R.L. — « Mesenteric cysts. » *Amer. J. Surg.* (1949), 77 : 371-5.

56. Blondeau Ph. — « Tumeurs du mésentère. » *E.M.C.*, 9049 A.10, pp. 1-6 (2-1958).

57. Bolot F. — « Kystes du mésentère. » *Maroc Méd.* (1960), 39 : 749-51.

58. Bonitz K.H. — « An unusual cystic abdominal tumor. » *Chirurg.* (1962), 33 : 81-2.

59. Borri E. — « Contributo allo studio delle cisti del mesocôlon. » *Minerva Chir.* (1952), 7 : 848-52.

60. Borsato E. — « Cisti sierosa del mesocolon ascendante. » *Gior. Veneto di Sc. Med.* (1939), 13 : 639-47.

61. Bourde, Mosinger M. — « Les kystes entéroïdes. » *J. Chir.* (1937), 50 : 289-309.

62. Bowers L.G. — « Tumors of the mesentery. » *Ann. Surg.* (1906), 44 : 892.

63. Boyd H., Rubinow M.B. — « Duplication of the terminal ileum. » *J. Pediat.* (1956), 49 : 326.

64. Bradley C.E., Hoke C.C. — « Ileocecal (enterogenous) cyst. » *J. Pediat.* (1933), 2 : 614-5.

65. Braun H. — « Entzündliche Geschwülste am Darm. » *Deutsch. Gesell. f. Chir.* (1908), 37 : 218-21.

66. Bremer J.L. — « Diverticula and duplications of the intestinal tract. » *Arch. Path.* (1944), 38 : 132-40.

67. Brette, Duval D. — « Kyste du grand épiploon. » *Mém. Acad. Chir.* (1939), 65 : 506-9.

68. Briguglio A., Billi C. — « Addome acuto da rara complicanza di una cisti mesenterica. » *Arcisped S. Anna Ferrara* (1966), 19 : 133-9.

69. Briguglio A., Casaglia L. — « Su un caso di cisti chilosa del mesotraverso. » *Arcisped S. Anna Ferrara* (1964), 17 : 161-72.

70. Briguglio A., Casaglia L. — « Sulle cisti del mesentere. » *Arcisped S. Anna Ferrara* (1964), 17 : 583-614.

71. Braquehaye J. — « Des kystes du mésentère. » *Arch. Gén. Méd.* (1892), 2 : 291-572.

72. Broker H.M., Hay L. — « A case report of two spherical duplications of second portion of the duodenum in 54-year-old-patient. » *Surgery* (1955), 37 : 996-1001.

73. Brown R.B., Shaul J.F. — « Mesenteric cysts complicated by intestinal obstruction. » *U.S. Armed Forces M.J.* (1950), 1 : 437.

74. Buckstein J. — « Duodenogram applied to demonstration of duodeno-jejunal diverticulum. » *Amer. J. Surg.* (1927), 3 : 340-1.

75. Burnett W.E., Rosemond G.P., Bucher R.M. — « Mesenteric cysts ; report of 3 cases, in one of which a calcified cyst was present. » *Arch. Surg.* (1950), 60 : 699-706.

76. Caderas de Kerleau J., Balmes J., Lousteau J.A. — « Calcifications intra-péritonéales chez le nouveau-né. » *Arch. Fr. Péd.* (1964), 21 : 633-6.

77. Caffey J. — « Pediatric X-ray dagnosis. » Year Book Publishers Co, Chicago, Ill. (1946), 409, 2nd edition.

78. Calder J. — « Medical essays and observation. » Vol. 1, p. 205, Edinburgh (1733).

79. Caldera R., Goudie M., Rossier A. — « Duplication de l'intestin grêle chez le nouveau-né. » *Arch. Fr. Pédiat.* (1960), 17 : 754-71, 75 référ. bibliogr.

80. Callaghan R.P., Farley D.L. — « A case of multiple cysts of the mesentery. » *Br. J. Surg.* (1958), 45 : 655-7.

81. Calvin Fisher H. — « Duplications of the intestinal tract in infants. » *Arch. Surg.* (1950), 61 : 957-74.

82. Canazio P., Candela F. — « Cisti ematica dell omento torto sul peduncolo simulante una appendicite acuta. » *Gior. Ital. Chir.* (1958), 14 : 636-42.

83. Canestri G. — « Mesenteric cysts in childhood. » *Lattante* (1961), 32 : 575-84.

84. Caroli J., Hepp J., Phocas El., Beauchant J. — « Tératome (kyste dermoïde ?) rétropéritonéal perforé dans le canal hépatique gauche et dans l'estomac : contribution à l'étude des complications des tératomes rétro-péritonéaux. » *Sem. Hôp.* (1963), 31 (6) : 1499-508.

85. Carter R.F., Cholnoky T. de, Markman H.D. — « Retro-peritoneal multilocular chylangioma cyst with calcifications ; report of a case. » *Amer. J. Surg.* (1941), 52 : 338-45.

86. Carter R.M. — « Cysts of the mesentery. » *Surg. Gynec. Obstetr.* (= *S.G.O.*) (1921), 33 : 554-8.

87. Carvalho Filho A.F. de, Fainzilber S. — « Cisto enterogeno. Apresentaçao de un caso. » *Med. Cir. Farm.* (1963), 306 : 255-63.

88. Cave H.W. — « Retroperitoneal cysts. » *S.G.O.* (1925), 41 : 617-23.

89. Charles D. — « Retroperitoneal teratoma in infancy. » *Arch. Dis. Child.* (1953), 28 : 147-8.

90. Chatain Y. — « Les kystes du mésentère. » *Sem. Méd. (Sem. Hôp.)* (1952), 23 : 467-77.

91. Chavez C.M., Timmis H.H. — « Duplication cysts of the gastro-intestinal tract. » *Amer. J. Surg.* (1965), 110 : 960-3.

92. Chiampo L. — « A rare tumor of the retro-peritoneal space : the enterocystoma. » *Minerva Chir.* (1960), 15 : 7-14.

93. Chigot P.L. — « Kystes mésentériques chez l'enfant. » *Ann. Chir. Infant.* (1961), 2 : 104-10.

94. Chrysospathes P., Kampanes N. — « Mesenteric cysts. » *Hellen. Cheir.* (1962), 9 : 321-32.

95. Chukunova E.S. — « Calcified cystic tumors of the mesentery of the large intestine. » *Unbileinyi Sbornik Prof. V.M. Mysh.* (1936), 6 : 220.

96. Claus E. — « A propos of a case of calcified tumor of the epiploon. Some considerations concerning the physiology and pathological anatomy of that organ. » *J. Belg. Radiol.* (1959), 42 : 673-80.

97. Collia R.E. — « Quiste dermoideo inguino-abdominal. » *Prensa Med. Argent.* (1958), 45 : 2996-8.

98. Collins H.A., Holcomb G.W. — « Mesenteric and omental cysts. » *Amer. Surg.* (1958), 24 : 763.

99. Cooray G.H., Jayaratne S. — « A teratoma arising in the stomach in a young infant. » *Arch. Path.* (1959), 67 : 383-5.

100. Cordero A. — « Contributo allo studio delle cisti omentali. » *La Clin. Chir.* (Milano) (1910), 18 : 2375-404.

101. Cornies L. — « Dermoid cyst of the mesentery. » *Deutsche Ztschr. f. Chir.* (1920), 153 : 399.

102. Cornioley M. — « Contribution à l'étude des kystes mésentériques. » *Lyon Chir.* (1926), 23 : 566-686.

103. Cortella E. — « Ciste dermoide del mesentere. » *Policlinico* (Sez. Prat.), (1932), 39 : 217-20.

104. Crouch A.M. Jr, Farthing J.W. — « Mesenteric cysts. » *N. Carolina Med. J.* (1952), 13 : 332.

105. Couinaud C. — « Anatomie de l'abdomen. » Doin édit., Paris (1963), 2 vol.

106. Cunningham A.A. — « Congenital multilocular mesenteric cyst with chylous ascites. » *Proc. Roy. Soc. Med.* (1963), 56 : 295 ; (1964), 57 : 840.

107. D'Abreu A.L. — « Enterogenous cyst of ileum in infant. » *Lancet* (1934), 2 : 194-5.

108. Dardik H., Klibanoff E. — « Retroperitoneal enterogenous cyst : report of a case and mechanisms of embryogenesis. » *Ann. Surg.* (1965), 162 : 1084-6.

109. Dargeon H.W. — « Tumors of childhood. » Paul B. Hoeber Co. New York, N.Y. (1960).

110. Darmaillacq R., Moretti, Staefen. — « A propos d'un cas de kyste paracolique d'origine dysembryoplasique en apparence, traité par marsupialisation. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1960), 49 : 1175-6.

111. Davidsson L., Halme E.A., Vilska J. — « Mesenterial cysts. » *Ann. Chir. Gynaec. Fenn.* (1964), 53 : 67-71.

112. Dayan E. — « Congenital reduplication of ileocaecal valve presenting as an acute intussusception. » *Brit. Med. J.* (1958), n° 5104, p. 1086.

113. Deaver H.C. — « Congenital mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1902), 49 : 618-27.

114. Dechen J. — « Un kyste géant du mésentère. » *Mém. Acad. Chir.* (1955), 81 : 1030-1.

115. Defort J. — « Un cas de kyste mésentérique chez un fœtus de trois mois et demi. » *Bull. Soc. Roy. Belg. Gynec. Obst.* (1961), 31 : 427-9.

116. Desgouttes L., Ricard A. — « A propos des kystes du mésentère. » *J. Chir.* (1928), 32 : 269-74.

117. Desjacques R., Vuillard P., Douillet P. — « Kyste séreux péritonéal de la face inférieure du diaphragme (simulant une tumeur gastrique bénigne). » *Pr. Méd.* (1965), 73 : 1297-8.

118. Dias A. — « Kyste du grand épiploon. » *Mém. Acad. Chir.* (1938), 64 : 1096-102.

119. Dicksheet S.K., Hauser J.E. — « Recurrent multiple primary omental cysts. » *Grace Hosp. Bull.* (1962), 40 : 89-93.

120. Diukov I.I. — « Cysts of the abdominal cavity in children. » *Vestn. Khir. Grekov.* (1964), 92 : 125-6.

121. Dochez C. — « Ramified calcifications of the right hypochondrium. » *J. Belg. Radiol.* (1962), 45 : 207-9.

122. Dogliotti G. — « Sui diverticuli gastrici (contributo clinico). » *Rass. Int. Clin. Ter.* (1965), 45 : 37-45.

123. Dohn K., Poulsen O. — « Enterocystomas (report of 6 cases). » *Acta Chir. Scand.* (1952), 102 : 21.

124. Donahue J.K., Balch H.H. — « Mesenteric mysts. » *Georgetown Med. Bull.* (1960), 13 : 201-5.

125. Donnelly B.A. — « Primary retroperitoneal tumors ; report of 95 cases and review of the literature. » *S.G.O.* (1946), 83 : 705-17.

126. Donner M.W., Weiner S. — « Diagnostic evaluation of abdominal calcifications in acute abdominal disorders. » *Rad. Clin. N. Amer.* (1964), 2 : 145-59.

127. Donovan E.J., Santulli T.V. — « Duplications of the alimentary tract ; report of 6 cases. » *Ann. Surg.* (1947), 126 : 289-304.

128. Donskoi A.G. — « A case report of cysts of the retroperitoneal space. » *Khirurgiia* (Moskva) (1965), 41 : 126-8.

129. Dowd C.N. — « Mesenteric cysts ». *Ann. Surg.* (1900), 32 : 515-42 ; (1911), 54 : 617-24.

130. Drago G.W., Grassano G., Rosso P.A. — « Le cisti peritoneali. » *Minerva Chir.* (1965), 20 : 134-40.

131. Drennen E. — « Ileocecal cysts. » *Arch. Surg.* (1931), 22 : 106-20.

132. Drucker V., Rodriguez C.E. — « Extensive bilateral calcification within adrenal hemorrhage. » *Radiology* (1955), 64 : 258-61.

133. Dubourg G., Dubarry J.-J., Léger H. — « Sténose partielle du côlon gauche par un dysembryome hétérotopique (poche gastrique avec ulcère calleux et masse pancréatique) développé dans le grand épiploon. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1952), 41 : 489-95.

134. Duhamel B. — « Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson. » Masson édit., Paris (1953).

135. Duhamel B., Haegel P. — « Malformations congénitales de l'intestin. » *E.M.C.*, (avril 1964), 9069, A 10, pp. 1-14.

136. Duperrat B. — « Le diagnostic radiologique de tumeurs abdominales variées chez l'enfant. » *Conc. Méd.* (1962), 84 : 1483-6.

137. Du Toit H.J., Pont J.W. — « Haemorrhage in an enterogenous cyst of the duodenum. » *S. Afr. Méd. J.* (1959), 33 : 605-7.

138. Edwards H. — « Congenital diverticula of the intestine with report of a case exhibiting heterotopia. » *Brit. J. Surg.* (1929), 17 : 7-21.

139. Eichwald E.J. — « A case of omental cyst ; in a 3-weeks-old female, causing fatal ileus. » *Am. J. Surg.* (1941), 53 : 181-3.

140. Ellis W.G. — « Duplications of the alimentary tract ; review of the literature and report of a case. » *Surgery* (1953), 34 : 140-6.

141. Epstein B.S. — « Clinical radiology of acute abdominal disorders. » Lea Febiger Co, Philadelphia, Penn, (1958).

142. Estrade. — « Kyste entéroïde du mésentère à forme occlusive chez un nourrisson. » *Pr. Méd.* (1952), 60, (32) : 702 (*Rapport Soc. Gastro-Ent. du S.O.*), novembre 1951.

143. Evans A. — « Developmental enterogenous cysts and diverticula. » *Brit. J. Surg.* (1929), 17 : 34-83.

144. Faeth W.H. — « Spinal lithiasis ; a case report. » *Amer. J. Neurosurg.* (1958), 15 : 116-9.

145. Fairberg E. Pilnik S. — « Quiste mesenterico y volvulacion intermittente de asa delgada. » *Semana Med.* (B. Air), (1963), 123 : 534-7.

146. Fantis A., Megela J., Vancura J. — « Intraspinal radicular cysts. » *Cesk. Neurol.* (1964), 27 : 318-22.

147. Fellmann N. — « Verdopplung von colon und terminal ileum. » *Gastroenterologia* (Basel), (1955), 84 : 148.

148. Ferguson E. Jr., Leffler N.H., Montgomery C.T. et al. — « Calcified cyst of the adrenal gland. » *J. Florida Med. Ass.* (1966), 53 : 394-6.

149. Ferraro A. — « Le cisti del mesentere. » *Arch. Ital. Mal. Appar. Dig.* (1958), 24 : 285-94.

150. Ferraro F.P. — « Enterocystomas ; report of a patient with duplication of stomach. » *Amer. J. Surg.* (1942), 57 : 525-30.

151. Fèvre M. — « Tumeurs abdominales de l'enfant. » *Pr. Méd.* (1957), 59, (6) : 109-10.

152. Fèvre M., Barcat J.R., Duhamel B. — « Accidents aigus chez le nouveau-né et le nourrisson par duplications du tube digestif. » *XIII^e Congrès Pédiat. Langue française* (1951), t. 2, p. 92.

153. Fèvre M., Bertrand P. — « Kyste du grand épiploon chez une fillette de trois ans. » *Ann. Anat. Path.* (1936), 13 : 225-7.

154. Fèvre M., Duhamel B. — « Occlusions intestinales aiguës congénitales. » *J. Chir.* (1952), (5).

155. Fèvre M., Huguenin R. — « Malformations tumorales et tumeurs chez l'enfant. » Masson édit., Paris (1954), 593 p.

156. Fiebelkorn H.J. — « Calcified adrenal cysts. » *Med. Klin* (1952), 47 : 186-7.

157. Fish J.C., Fair W.R., Canby J.P. — « Intestinal obstruction in the newborn : an unusual case due to mesenteric cyst. » *Arch. Surg.* Chicago (1965), 90 : 317-8.

158. Fisher H.C. — « Duplications of the intestinal tract in infants. » *Arch. Surg.* (1950), 61 : 957-70.

159. Fitts W.T. Jr., Harvie F. — « Primary omental cyst ; rare cause of abdominal symptoms ; case report. » *Surgery* (1951), 30 : 706-8.

160. Fitz R.H. — « Persistent omphalo-mesenteric remains, their importance in the causation of the intestinal duplication ; cyst-formation and obstruction. » *Amer. J. Med. Sc.* (1884), 88 : 30-57.

161. Flynn C.W. — « Mesenteric cysts, with report of a case of cystic lymphangioma. » *Ann. Surg.* (1930), 91 : 505.

162. Ford J.R. — « Mesenteric cysts. Review of the literature with report of an unusual case. » *Amer. J. Surg.* (1960), 99 : 878-84.

163. Foroughi E. — « Calcified simple parenchymal cyst of the adrenal gland. » *J. Urol.* (1965), 94 : 504-10.

164. Forrester A.C. — « Enterogenous cyst : report of a case. » *Med. J. Glasgow* (1933), 119 : 202-5.

165. Foucault. — « Kyste dermoïde du mésentère. » *Rev. Méd. Centre-Ouest* (1934), 6 : 205-7.

166. Foucault. — « Dysembryome kystique du grand épiploon. » *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* (1934), 60 : 972-8.

167. Fourrier P., Sabelle, Coulaud. — « A propos de deux cas de kystes entéroïdes chez l'enfant. » *Pédiatrie* (1960), 15 : 678-81.

168. Fouty W.J., Sacher E.C., Cronemiller P.D. et al. — « Rare retroperitoneal tumors presenting as acute abdominal conditions requiring operation. » *J. Int. Coll. Surg.* (1964), 42 : 233-9.

169. Fowler E.F. — « Primary cysts and tumors of the small bowel mesentery. » *Amer. Surg.* (1961), 27 : 653-6.

170. Franch L. — « On a case of retroperitoneal teratoma. » *Boll. Soc. Medico-Chir. Cremona* (1960), 14 : 157-69.

171. Frang D. — « Retroperitoneal cysts. » *Magy Sebecz* (1962), 15 : 241-5.

172. Frank P. — « Uber die enterozystome. » *Beitr. Klin. Chir.* (1952), 184 : 445-50.

173. Frank R.T. — « Primary retroperitoneal tumors ; report of 3 cases and 107 cases from literature. » *Surgery* (1938), 4 : 562-86.

174. Fredell C.H. — « Mesenteric cysts : report of two cases. » *Arch. Surg.* (1960), 80 : 591-2.

175. Freidlin S.M. — « Cyst of the large intestine. » *Vestn. Rentg. Rad.* (1962), 37 : 64-5.

176. Fulton H., Evans W.A. Jr. — « Roentgen examinations in retroperitoneal tumors of children. » *Arch. Surg.* (1955), 70 : 178-90.

177. Funk V.A. — « Cysts of the omentum ; with report of a case. » *S.G.O. (Chicago)* (1914), 136 : 414-29.

178. Gagne F. — « Formations kystiques libres dans la cavité abdominale. » *Laval Méd.* (1957), 24, (2) : 184-91.

179. Gaillard J.A. — « Dysembryomes et mésonéphromes. » *Ann. Anat. Path.* (1965), 10 : 145-56.

180. Gale J.W., Keeley J.L. — «-Mesenteric cysts causing intestinal obstruction. » *Amer. J. Surg.* (1938), 40 : 647.

181. Gardner C.E. Jr., Hart D. — « Enterogenous cysts of the duodenum. » *J.A.M.A.* (1935), 104 : 1809-18.

182. Gassan Iu.P. — « Retroperitoneal teratoma in a child. » *Vop. Onkol.* (1960), 6, (2) : 93-5.

183. Gastard J., Delattre M., Gougis M. — « A propos de deux observations de tumeur rétro-péritonéale. » *Sem. Hôp.* (1959), 35 : 3321-3.

184. Gastaud G. — « A propos d'un kyste du mésentère. » *Marseille Chir.* (1958), 4 : 462-4. (Rapport de Michotey M.).

185. Gaubert, Bouisson H., Regnier et al. — « Occlusion néo-natale par kyste entéroïde ; intervention ; guérison. » *Arch. Fr. Pédiat.* (1965), 22 : 595-8.

186. Genton N., Grob M. — « Les kystes et tumeurs solides du mésentère et des mésos. » In (Le Mésentère), *A.H.G.E.H.D.*, Masson édit., Paris (1963), pp. 71-86.

187. Gillespie J.B., Rogers J.C.T. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Arch. Ped.* (1940), 57 : 652.

188. Glay A., Dinan J.J., Skoryna C. — « Enterogenous cysts of the duodenum. » *Canad. J. Surg.* (1961), 4 : 186-91.

189. Glass O. — « Massive umbilical hernia with enterocystoma in newborn. » *Amer. J. Obst. Gynec.* (1935), 29 : 748-9.

190. Goldberg S., Widerman A.H., Friedman P.S. — « Congenital mesenteric cyst associated with failure of rotation of the intestinal tract ; report of a case. » *Arch. Pediat.* (1940), 57 : 499-504.

191. Gordimer H., Bluestone L. — « Enterogenous cyst of the duodenum ; a case report. » *Ann. Surg.* (1950), 132 : 1149-53.

192. Gordon S. Ramsay. — « Enterogenous cyst of the stomach simulating hypertrophic pyloric stenosis. » *Brit. J. Surg.* (1957), 44 : 632-3.

193. Gray E.D. — « Calcification and ossification of spinal tumors. » *Brit. J. Rad.* (1942), 15 : 365-9.

194. Grimes A.E. — « Mesenteric cyst. » *Amer. J. Surg.* (1949), 77 : 528-31.

195. Grob M. — « Ueber Lageanomalien des Magendarmtractus infolge Störungen der fetalen Darmdrehung. » *Benno Schwabe Verlag,* Basel (1953).

196. Groh V. — « Omental cyst in a 4-year-old boy. » *Cesk Pediat.* (1962), 17 : 253-6.

197. Gross R.E. — « Retroperitoneal teratoma » in « The surgery of infancy and childhood ». W.B. Saunders Co, Philadelphia, Penn, (1953).

198. Gross R.E., Holcomb G.W. Jr., Farber S. — « Duplications of the alimentary tract. » *Pediatrics* (1952), 9 :449-68.

199. Gruenwald P., Levine W., Zeichner S. — « Enterogenous cyst and cystadenoma of omentum. » *Amer. J. Surg.* (1954), 87 : 775-9.

200. Guernsey C.M. — « Primary tumors and cysts of the omentum. » *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* (1939), 14 : 694-8.

201. Guillemot L., Leveuf J. — « Kyste du grand épiploon chez un enfant de quatre ans. » *Bull. Soc. Péd. Paris* (1933), 31 : 190-4.

202. Guthrie R.F., Wakefield E.G. — « Mesenteric cysts. » *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* (1943), 18 : 52-8.

203. Gutmann René A. — « Les syndromes douloureux de la région épigastrique. » Doin édit., Paris (1930), 2 vol.

204. Hadda G.M. — « Large mesenteric cyst. » *Brit. Med. J.* (1948), 1 : 1083.

205. Hadley M.N. — « The origin of retroperitoneal cystic tumors. » *S.G.O.* (1916), 22 : 174.

206. Haering R. — « Contribution to the clinical manifestations of mesenteric cysts. » *Chirurg.* (1960), 31 : 560-2.

207. Hafezi M. — « A case of retroperitoneal cyst with a clinical study of the subject. » *Brit. J. Surg.* (1937), 25 : 267-76.

208. Haggard W.D. — « Enterogenous cyst of ileum causing obstruction in infant. » *S. Clin. N. America* (1930), 10 : 713-7.

209. Handfield-Jones R.M. — « Retroperitoneal cysts : their pathology, diagnosis and treatment. » *Brit. J. Surg.* (1924), 12 : 119-34.

210. Hansmann G.H., Budd J.W. — « Massive unattached retroperitoneal tumors : explanation of unattached retroperitoneal tumors based on remnants of embryonic urogenital apparatus. » *J.A.M.A.* (1932), 98 : 6.

211. Hardaway R.M., Swartley R.N., Rudman I. — « Omental cyst. » *Amer. J. Surg.* (1955), 89 : 710-1.

212. Hartl H. — « Duplikation des Dünndarms. » *Wien. Klin. Wschr.* (1951), 63 : 795-7.

213. Hastings J.P. — « Mesenteric cyst. » *Brit. Med. J.* (1934), 1 : 947.

214. Hennemanne G. — « A propos de deux cas de dédoublements intestinaux. » *Sem. Hôp. (Ann. Péd.)* (1959), 97 : 555-62 (96 référ. bibliogr.).

215. Henneweld H.E. — « Mesenteric cysts. » *Arch. Chir. Neerl.* (1961), 13 : 1-13.

216. Herbig H. — « Uber Mesenterialzysten. » *Arch. Klin. Chir.* (1955), 280 : 294-308.

217. Herzog K.H. — « Beitrag zur Kenntnis kongenitaler Cystenbildungen (unter Mitteilung einer angeborenen Magencyste. » *Chirurg.* (1963), 34 : 414-8.

218. Hicken N.F., Stevenson V.L., Carlquist J.H. et al. — « Multiple duplicative cysts of the duodenum causing acute intestinal obstruction in a girl 5 and one-half years of age. » *Amer. J. Surg.* (1948), 76 : 92-8.

219. Higgins T.T. — « A case of intestinal obstructon in a new-born infant associated with an unusual malformation of the small intestine. » *Brit. J. Surg.* (1923-24), 11 : 382-4.

220. Higgins T.T., Lloyd E.I. — « Mesenteric cysts with report of two cases. » *Brit. J. Surg.* (1924), 12 : 95-105.

221. Hill V.L. Jr., Woomer D.F. — « Retroperitoneal cyst complicating pregnancy : report of a case. » *Obst. Gynec.* (1965), 25 : 858-61.

222. Hillemand P., Roux P., Conte. — Kyste ou faux kyste du mésocolon transverse. » *Arch. Mal. Appl. Dig.* (1960), 49 : 1316-7.

223. Hinkel C.L. — « Mesenteric cysts : their roentgen diagnosis. » *Amer. J. Roentg.* (1942), 48 : 167-76.

224. Hinshaw J.R. — « Unattached cysts in the peritoneal cavity. » *Ann. Surg.* (1957), 145 : 138-43.

225. Holt J.F., MacIntyre R.S. — « Calcified omental fat deposits ; their roentgenologic significance. » *Amer. J. Roentg.* (1948), 60 : 612-6.

226. Horgan J. — « Cysts of the omentum ; review and report of a case. » *Amer. J. Surg.* (1935), 29 : 343-53.

227. Horn L.J. — « Retroperitoneal enterogenous cyst. » *Brit. J. Surg.* (1936), 23 : 676-8.

228. Hrbek B. — « Case of multiple calcifications of liver and spleen. » *Casop. Leck. Cesk.* (1929), 68 : 88-90.

229. Hudson H.W. Jr. — « Giant diverticula or reduplications of the intestinal tract. » *New England, J. Med.* (1935), 213 : 1123.

230. Hughes-Jones W.E.A. — « Enterogenous cysts. » *Brit. J. Surg.* (1934), 22 : 134-41.

231. Hulten O. — « Verkalkungen in Bauch und Becken nach T.B.C. Peritonitis. » *Acta Radiol.* (1927), 8 : 126-9.

232. Jackman W.A., Mayston E.A. — « Cysts of the mesentery. » *Brit. Med. J.* (1936), 2 : 1079.

233. James C.F. Jr. — « Dermoïd cysts of the mesentery » (case reports). *Amer. J. Surg.* (1944), 65 : 116-9.

234. Janczewski W. — « Partially calcified cyst of the omentum. » *Wiad. Lek.* (1965), 18 : 255-7.

235. Jewett T.C. Jr. — « Duplication of the entire small intestine with massive melaena. » *Ann. Surg.* (1958), 147, (2) : 239-44.

236. Jezioro Z., Kedra H., Kawecki K. — « Mesenteric cysts. » *Polski. Tygod. Lek.* (1959), 14, (10) : 433-9.

237. John H.T. — « Large abdominal cyst associated with an ectopic pelvic kidney. » *Brit. J. Urol.* (1960), 32 : 148-51.

238. John K., Razak M.A. — « Retroperitoneal mesophrenic cyst. » *J. Indian Med. Ass.* (1959), 33 : 425.

239. Johson A.H., Searls H.H., Grimes O.F. — « Primary retroperitoneal tumors. » *Amer. J. Surg.* (1954), 88 : 155-61.

240. Johnston J.B., Hallenbeck G.A., Ochsner A. et al. — « Duplication of 2 parts of the alimentary tract. » *Arch. Surg.* (1954), 68 : 390-6.

241. Josselin de, Jong R. de. — « Riddle of abdominal cavity ; cysts of mesentery, omentum and intestine. » *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* (1930), 74 : 2098-107.

242. Judd E.S., Crisp N.W. — « Primary tumors of the mesentery. » *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* (1932), 7 : 555.

243. Judd, Fulcher. — « Dermoid cysts of the abdomen (2 cases). » *Surg. Clin. N. America* (1933), 13 : 835-42.

244. Judd E.S., Heimdal O.C. — « Mesenteric cysts. » *Surg. Clin. N. America* (1932), 12 : 849-55.

245. Justo del Carril, Diaz Bobillo I., Pelliza J.M. et al. — « Enteroid cyst in newborn infant ; surgical therapy of a case. » *Semana Med.* (1943), 1 : 1363-8.

246. Keesey W.E. — « Cysts of the mesentery. » *Illinois Med. J.* (1938), 73 : 333-6.

247. Kestermann J.H. — « Subacute inflammation of a mesenteric cyst in child. » *Ned. Tschr. Geneesk.* (1959), 103 : 666.

248. Kettel K. — « Clinical study of enterocystomas. » *Hospitalstid* (1933), 76 : 313-21.

249. Kettel K. — « Zur Klinik der Enterocystome. » *Arch. f. Klin. Chir.* (1933), 176 : 292-309.

250. Killpack W.S. — « Duplication of the ileum. » *Arch. Dis. Child.* (1953), 28 : 72-5.

251. Kirkman N.F. — « Volvulus of a jejunal enterogenous cyst at the age of one month. » *Brit. J. Surg.* (1957), 44 (187) : 540-1.

252. Kirtley J.A. Jr, Matuska R.A. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Ann. Surg.* (1957), 145 (2) : 265-8.

253. Kny W. — « Contribution to the pathological picture of mesenteric cysts. » *Zbl. Chir.* (1961), 86 : 2522-5.

254. Koenig H. — « Dermoid cysts in the mesenterial appendage. » *Zbl. Chir.* (1961), 86 : 1410-3.

255. Konya H., Misse T. — « Retroperitoneal teratoma : report of a case. » *Acta Urol. Jap.* (1965), 11 : 516-20.

256. Koop C.E. — « Abdominal tumors in infants and children. » *Arch. Dis. Child.* (1960), 35 : 1-16.

257. Kovalishin M.N. — « Infected multiple congenital cysts of the jejunal mesentery. » *Vestn. Khir. Grekov.* (1961), 86 : 141-2.

258. Krafka J. Jr. — « Teratoma : an explanation of its cause based on the organized theory of embryology. » *Arch. Path.* (1936), 21 : 756-64.

259. Kratzer G.L., Dixon C.F., Bargen J.A. — « Duplication of the entire colon and the terminal part of the ileum, associated with parasitic twin. » *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* (1951), 26 : 15-6.

260. Kretic M., Bogdanov B. — « Pathological and clinical contribution to mesenterial cysts. » *Med. Archiv* (1960), 14 : 31-6.

261. Krogius A. — « Uber einen seltenen cystischen Tumor des Colon descendens bei einem Kinde. » *Deutsche Ztschr. f. Chir.* (1930), 225 : 429-35.

262. Kross I. — « Mesenteric cysts. » *Rev. Gastro Enter.* (1942), 9 : 281.

263. Kummerle F. — « On the clinical aspects and therapy of mesenteric cysts. » *Med. Klin.* (1963), 58 : 631-3.

264. Laberge I. — « Primary teratomas of the retroperitoneum. » *Un. Med. Canada* (1960), 89 : 312-6.

265. Labun E. — « Zysten des Mesenteriums bei Kindern. » *Zbl. Chir.* (1960), 85 : 286-91.

266. Ladd W.E. — « Duplications of the alimentary tract. » *South Med. J.* (1937), 30 : 363-71.

267. Ladd W.E., Gross R.E. — « Intussusception in infancy and childhood ; report of 372 cases. » *Arch. Surg.* (1934), 29 : 365-84.

268. Ladd W.E., Gross R.E. — « Surgical treatment of duplications of the alimentary tract ; enterogenous cysts, enteric cysts or ileum duplex. » *S.G.O.* (1940), 70 : 295-307.

269. Ladd W.E., Gross R.E. — « Abdominal surgery of infancy and childhood. » W.B. Saunders Co, Philadelphia, Penn. (1947), p. 233.

270. Lahbaby H. — « A propos of 2 cases of mesenteric tumors. » *Maroc Méd.* (1960), 39 : 262-3.

271. Lahey F.H., Eckerson F.B. — « Retroperitoneal cysts. » *Ann. Surg.* (1934), 100 : 231-7.

272. Langman J. — « Embryologie médicale. » Masson édit., Paris (1965), pp. 201-51.

273. Lanman T.H. — « Mesenteric cysts » in « Christopher's text-book of surgery ». F.A. Davies Co, Philadelphia, Penn. (1956), p. 572.

274. Lannelongue, Achard Ch. — « Traité des kystes congénitaux. » Asselin et Houzeau édit., Paris (1886).

275. La Pointe M.A. — « Kyste rétropéritonéal. » *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris,* (1919), 48 : 728-9 ; (1922), 48 : 319.

276. Large H.L. Jr, Williams M., Neel J.B. — « Gastric tridermal teratoma in infancy ; successful treatment by subtotal gastrectomy. » *J.A.M.A.* (1952), 149 . 824.

277. Larkin F.L. — « Mesenteric cysts. » *Pennsylvania Med. J.* (1940), 43 : 1446-8.

278. Lary B.G., Mikell R.F. — « Enterogenous and multiple mesenteric cysts. » *Amer. J. Dis. Child.* (1960), 100 : 412-4.

279. Lascano E.F., Villamayor R.D., Llauro J.L. — « Loose cysts of the peritoneal cavity. » *Ann. Surg.* (1960), 152 : 836-44.

280. Laszlo V. — « Dünndarmverdoppelung. » *Zbl. f. Chir.* (1957), 82 (2) : 65-8.

281. Launay C., Barcat J., Verliac F. et al. — « Un cas de kyste entéroïde de l'iléon terminal. » *Arch. Fr. Pédiat.* (1952), 9 : 876-9.

282. Lebedev A.P. — « Cysts of the mesentery. » *Sovet. Med.* (1958), 22 (6) : 96-101.

283. Lefebvre J., Sauvegrain J., Faure C. — « Diagnostic radiologique des tumeurs rétropéritonéales du nourrisson et du jeune enfant. » *Pr. Méd.* (Atlas Rad. Clin.) (1954), 62 : 1-4.

284. Lefebvre J., Schweisguth O., Guy E. — « Le diagnostic radiologique des tumeurs abdominales au cours de la première enfance. » *J. Rad. Electr.* (1953), 34 : 483-91.

285. Leuret J. — « Occlusion aiguë du grêle par kyste du mésentère. » *Mém. Acad. Chir.* (1945), 71 : 28-30.

286. Lewis F.T., Thyng F.W. — « The regular occurence of intestinal diverticula in the embryo of the pig, rabbitt, and man. » *Amer. J. Anat.* (1907-1908), 7 : 505-19.

287. Lichtenstein M.E. — « Mesenteric cysts » in « Christopher's text-book of surgery ». F.A. Davies Co, Philadelphia, Penn. (1956).

288. Lockwood C.B. — « Retroperitoneal cyst, supposed to have originated in remains of the wolffian body. » *Tr. Path. Soc. London* (1898), 49 : 182-6.

289. Loeb M.J. — « Mesenteric cysts : a review of the literature, genesis and classification ; report of a case. » *N.Y. State J. Med.* (1941), 41 : 1564-9.

290. Lombardo S. — « Retroperitoneal serous cyst ; clinical case. » *Minerva Chir.* (1961), 16 : 1116-21.

291. Lorber S.H., Machella T.E. — « Enteric cyst of the duodenum ; report of a case and review of the literature. » *Gastroenterology* (1948), 10 : 892-9.

292. Lowman R.M., Waters L.L., Stanley H.W. — « The mesenteric chylous cysts ; associated diagnostic and surgical problems. » *Connecticut Med. J.* (1953), 17 : 575.

293. Loygue J., Garbay M., Penot L. — « Kystes du mésocôlon. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1959), 48 : 702-6.

294. Majani A., Candullo N. — « A left abdominal syndrome of dysontogenetic etiology. » *Riforma Med.* (1959), 73 : 943-5.

295. Majnarich G. — « Mesenteric, mesocolic and omental tumors with particular reference to cystic forms ; report of 6 cases. » *J. Intern. Coll. Surg.* (1955), 24 : 403-28.

296. Manizade D., Akdag A. — « Mesenteric cysts. » *Turk. Tip. Cem. Mec.* (1961), 27 : 324-32.

297. Marini G., Bagnoli E. — « Primary cystic tumors of the retroperitoneal space (with description of a case). » *Atti Accad. Fisiocr. Siena* (Medicofis.) (1960), 8 (2) : 1048-62.

298. Marion J., Jeune M., Larbre F. et al. — « Un cas de duplication intestinale diagnostiqué avant l'intervention ; résection ; guérison. » *Pédiatrie* (1961), 16 : 186-93.

299. Marion J., Jeune M., Larbre F. et al. — « Duplication intestinale diagnostiquée cliniquement, ou diverticule géant ; résection intestinale ; guérison. » *Ann. Chir. Infant.* (1961), 2 : 62-70.

300. Martin A. — « Kystes du mésentère chez le nourrisson. » *Sem. Hôp. Paris* (1932), 8 : 323-5.

301. Massa M. — « Contributo alla conoscenza delle cisti enteroidi del mesentere. » *Gior. Clin. Med.* (1949), 30 : 595-604.

302. Masson P. — « Tumeurs humaines. » Maloine édit., Paris (1956).

303. Mayer C. — « Considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes du mésentère. » *Acta Chir. Belg.* (1954), 53 : 124-7.

304. Mayer O.B. — « Enteric cysts. » *Ann. Int. Med.* (1935), 9 : 797-805.

305. Mazingarbe A. — « Un cas de péritonite par rupture d'un kyste entéroïde. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1956), 45 : 83-6.

306. McAfee J.G., Donner M.W. — « Differential diagnosis of calcifications encountered in abdominal radiographs. » *Amer. J. Med. Sc.* (1962), 243 : 609-50 (213 référ. bibliogr.).

307. McCormack C.J. — « An unusual abdominal cyst. » *J. Irish Med. Ass.* (1959), 45 : 74-5.

308. McGarity W.C. — « Mesenteric cysts. » *Amer. Surg.* (1959), 25 : 687-91.

309. McLetchie N.G.B., Purves J.K., Saunders R.L. de C.H. — « Genesis of gastric and certain intestinal diverticula and enterogenous cysts. » *S.G.O.* (1954), 99 : 135-41.

310. McMillan W.M., Mason R.H. — « Pseudocyst in transverse mesocolon producing obstruction of the duodenum at ligament of Treitz. » *Amer. J. Surg.* (1952), 84 : 496-8.

311. McNeer G., Spitz L.J. — « Enteric cysts of the stomach ; case report. » *Rev. Gastroenterol.* (1951), 18 : 13-8.

312. Meckel J.H. — « Tabulae anatomico-pathologicae. » Lipsiae, J.F. Gleditsch edit. (1882).

313. Mehn W.H., Morrow W.J. — « Enterogenous cyst of ileocecal region. » *J. Pediat.* (1946), 28 : 605.

314. Mehta T.V. — « Mesenteric cyst. » *J. Indian. Med. Ass.* (1960), 34 : 449-51.

315. Mellgren J. — « Zur Pathologie und Genese der intra-mesenterialen Dünndarmdivertikel. » *Virchows Arch. f. Path. Anat.* (1938), 302 : 677-99.

316. Mendl K., Tanner C.H. — « Enterogenous cyst of the duodenum ; report of a case and review of the literature. » *Brit. J. Rad.* (1954), 27 : 699-703.

317. Meyers C. — « Ein Beitrag zur Kenntnis der Enterocystome im Saugling-salter. » *Ztschr. f. Kinderh.* (1919), 21 : 272.

318. Milianitch. — « Volumineux kyste du mésentère ; résection intestinale large ; guérison. » *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* (1933), 59 : 1269-71.

319. Millar R.E., Robertson G. — « Enterocystoma. » *Brit. J. Surg.* (1930), 17 : 373-9.

320. Miller L.A. — « Rarity of congenital mesenteric cysts. » *Amer. J. Dis. Child.* (1935), 50 : 1196-1202.

321. Milroy P. — « Mesenteric cysts. » *Brit. J. Surg.* (1948), 35 : 308-11.

322. Miranda Galdamez S., Astacio J.N., Jaimes Penate S. — « Homoplastic dysembryoma of digestive origin. Report of 2 cases. 1) ... 2) Abdominal gastrogenic cyst. » *Arch. Col. Med. El Salvador* (1962), 15 : 25-30.

323. Mirizzi P.L. — « Metaplasia osea en las vesiculas calcificadas. » *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires* (1938), 22 : 1010-16.

324. Mirizzi P.L. — « Quistes del mesocolon ; dos observaciones. » *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires* (1939), 23 : 1166-74.

325. Moiroud P., Lamy J., Bourdoncle, Gambarelli J. — « Volumineux kyste dermoïde du mésentère. Ablation comportant une résection de 1,85 m d'intestin grêle ; guérison. » *Marseille Chir.* (1951), 3e année, 1 : 80-3.

326. Molnar S., Somogyi Z., Trojan E. — « Mesenteric cysts in newborn infants. » *Gyermekgyogyaszat* (1962), 13 : 252-5.

327. Montanez O.M. — « Enterogenous cyst of the sigmoid colon. Segmentary duplications of the digestive tract. » *Amer. J. Proctol.* (1963), 14 : 32-7.

328. Montgomery, Marest. — « Dermoid cyst of the mesentery. » *J. Missouri Med. Ass.* (1934), 31 : 456-8.

329. Moore T.C. — « Congenital cysts of the mesentery ; report of 4 cases. » *Ann. Surg.* (1957), 145 : 428-36.

330. Moore T.C., Battersby J.S. — « Congenital duplication of the small intestine ; report of 11 cases. » *S.G.O.* (1952), 95 : 557-67.

331. Moore T.C., Shumacker H.B. Jr. — « Intussusception of ileum through persistent omphalomesenteric duct ; review of the literature and report of 2 cases. » *Surgery* (1952), 31 : 278-84.

332. Moralas O. — « Calcified appendices epiploicae as freely mobile bodies in the abdominal cavity (roentgen diagnostically interesting subsidiary find). » *Acta Rad.* (1944), 25 : 653-61.

333. Moreno de Orbe M., Pena J. — « Quistes de mesenterio en el nino. A proposito de tres observaciones. » *Rev. Clin. Esp.* (1965), 97 : 333-7.

334. Moretti P.M., Laboranti F. — « Su di un caso di cisti del mesentere. » *Riv. Gastroent.* (1963), 15 : 123-40.

335. Moynihan B.G.A. Lord. — « Mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1897), 26 : 1-30.

336. Mucchi L., Crosta C. — « The diagnosis of abdominal tumors with pneumoretroperitoneum and aortography. » *Roentgen. Europ.* (1961), 2 : 71-82.

337. Muir J.B.G. — « Mesenteric cyst causing attacks of subacute obstruction in a child. » *Lancet* (1935), 1 : 742-4.

338. Muratova T.P. — « On the problem of false inflammatory tumors of the peritoneal cavity. » *Akusk. Ginek.* (1962), 38 : 82-4.

339. Naldini G., Cardillo D. — « Contributo allo studio delle cisti enterogene duodenali. » *Arch. Ital. Chir.* (1964), 90 : 24-33.

340. Nathan M.T. — « Cysts and duplications of neurenteric origin. » *Pediatrics* (1959), 23 (3) : 476-84.

341. Nazzaro C. — « Un caso di addome acuto da cisti celomatica. » *Rass. Int. Clin. Ter.* (1965), 45 : 583-8.

342. Nechaeva M.M. — « A case of retroperitoneal teratoma. » *Vestn. Rentgen. Rad.* (1965), 40 : 70-1.

343. Nemeth K. — « Enterogene zyste des Rückenmarks. » *Zbl. Allg. Path.* (1965), 108 : 196-200.

344. Neuhauser E.B., Harris G.B., Berrett A. — « Roentgenographic features of neurenteric cysts. » *Amer. J. Roentgen.* (1958), 79 (2) : 235-40.

345. Neville W.E. — « Complete duplication of the colon and the terminal ileum : operative treatment — ileosigmoidostomy and colectomy. » *Ann. Surg.* (1953), 137 : 539-42.

346. Newman H.R., Pinck B.D. — « Primary retroperitoneal tumors : a summation of 33 cases. » *Arch. Surg.* (1950), 60 : 879-96.

347. Nézélof C. — « Tumeurs et lésions kystiques des mésos. Anatomo-pathologie. Classification » in « Le mésentère. » *A.H.G.E.H.D.*, Masson édit., Paris (1963), pp. 87-101.

348. Nolan J.J., Lee J.G. — « Duplications of the alimentary tract in adults with report of 3 cases. » *Ann. Surg.* (1953), 137 : 342-8.

349. Nordland M., Larson L.M.. — « Mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1935), 101 : 1289.

350. O'Leary C.M., Halpert B. — « Retroperitoneal teratoma successfully removed from 15-month-old Negro girl. » *Surgery* (1947), 21 : 194-9.

351. Oliver G.A. — « The omental cyst : a rare cause of the acute abdominal crisis. » *Surgery* (1964), 56 : 588-93.

352. Orban F., Honoré D. — « Un cas de duplication de l'œsophage associée à une duplication du grêle fistulisée dans l'abdomen ; exérèse ; guérison. » *Acta Paediat. Belg.* (1954), 8 : 150-9.

353. Orgias R. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Brit. J. Surg.* (1943), 31 : 90-3.

354. Ott A. — « On the diagnosis and etiology of cysts of the omentum. » *Fortschr. Roentgenstr.* (1960), 93 : 261-3.

355. Pachmann D.J. — « Enterogenous intramural cysts of the intestines. » *Amer. J. Dis. Child.* (1939), 58 : 485.

356. Pack G.T., Tabah E.J. — « Primary retroperitoneal tumors. A study of 120 cases. » *Surg. Gyn. Obst.* (Intern. Abstr. Surg.) (1954), 99 : 209-31 ; 99 : 313-41.

357. Palubinskas A.J., Christensen W.R., Harrison J.H. et al. — « Calcified adrenal cysts. » *Amer. J. Roentg.* (1959), 82 : 853-61.

358. Palumbo L.T., Cross K.R., Smith A.N. et al. — « Primary teratomas of the lateral retroperitoneal spaces. » *Surgery* (1949), 26 : 149-59.

359. Pasi F. — Contributo allo studio delle cisti del mesosigma. » *Arch. Ital. Chir.* (1953), 77 : 425-36.

360. Patel J. — « Kyste de l'arrière-cavité des épiploons. » *Ann. d'Anat. Path.* (1936), 13 : 327-31.

361. Patryn J. — « Retroperitoneal cysts originating from the urogenic rudiment. » *Pol. Przegl. Chir.* (1964), 36 : 1025-7.

362. Pelizza A., Rizzo V. — « On 2 cases of peritoneal calcifications in a newborn infant and in an infant. » *Minerva Med.* (1962), 53 : 1352-3.

363. Penberthy G.C., Brownson K.M. — « Dermoid cysts of the mesentery. » *Ann. Surg.* (1938), 107 : 566-71.

364. Peple W.L. — « Enterogenous cysts of the duodenum ; report of a case that is unusual if not unique. » *Ann. Surg.* (1948), 127 : 912-7.

365. Peterson E.W. — « Mesenteric and omental cysts. » *Ann. Surg.* (1932), 96 : 340-9.

366. Peterson E.W. — « Cysts of the mesentery. » *Ann. Surg.* (1940), 112 : 80-6.

367. Petraccia A., Volmaro N. — « Quiste simple oseo de localizacion infrecuente ; comentarios sobre un caso. » *Prensa Med. Argent.* (1964), 51 : 299-303.

368. Pevaroff H.H., Saunders H.F. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Amer. J. Surg.* (1949), 78 : 398-400.

369. Phelan G.W. — « Mesenteric cyst. » *Amer. J. Surg.* (1933), 22 : 321.

370. Piermarini G. — « Cisti dermoide del mesentere. » *Riforma Med.* (1925), 41 : 1224-5.

371. Pilcher F. — « Retroperitoneal tumors in children. » *Canad. M.A.J.* (1943), 48 : 505.

372. Pinninger J.L. — « Enterogenous cysts of the ileum. » *Arch. Dis. Child.* (1947), 22 : 59.

373. Plaut A. — « Multiple peritoneal cysts and their histogenesis. » *Arch. Path.* (1928), 5 : 754-6.

374. Podleschka K. — « Zur Frage nach dem Vorkommen, der klinischen Bedeutung und der Herkunft der Enterocystome. » *Arch. f. Gynäk.* (1932), 150 : 446-51.

375. Poel J.S. van der. — « An unusual cyst of the mesentery. » *S. Afr. Med. J.* (1961), 35 : 511-2.

376. Poelman J.R., Reijden H.J. van der, Hampe J.F. — « A patient with a hemorrhagic intestinal cyst. » *Nederl. T. Geneesk.* (1962), 106 : 2547-51.

377. Polony. — « Tératome exo-gastrique. » *Mém. Acad. Chir.* (1936), 62 : 622-9.

378. Polson R.A., Isaac J.E. — « Enterogenous cyst of the duodenum. » *Gastroenterology* (1953), 25 : 431-4.

379. Poncher H.G., Milles G. — « Cysts and diverticula of intestinal origin. » *Amer. J. Dis. Child.* (1933), 45 : 1064-78.

380. Poncher H.G., Milles G. — « Cysts and diverticula of intestinal origin. » *Ann. Surg.* (1940), 112 : 700-46.

381. Pontinen P.J., Tanlaniemi E. — « Retroperitoneal teratoma simulating an acute appendicitis in a 3-year-old girl. » *Ann. Chir. Gynaec. Fenn.* (1962), 51 : 244-6.

382. Porcher P., Bourdon R., Bismuth V. — « Tumeurs et adénopathies rétro-péritonéales. » *E.M.C.* (4-1960), 33.660, A.10 : pp. 1-8.

383. Portis B. — « Mesenteric cyst of the jejunum. » *Tr. Chicago Path. Soc.* (1927), 12 : 311-3.

384. Pray L.G. — « Mesenteric cysts causing intestinal obstruction in infancy ; report of 2 cases. » *Lancet* (1946), 66 : 152-4.

385. Proust, Monod R.C. — « Les kystes du mésentère. » *Rev. Gyn. Chir. Abd.* (1912), 19 : 225.

386. Pugh R.J., Feather D.B., Goldie W. — « Duplication of the small intestine ; report of a case. » *Brit. J. Surg.* (1958), 46 (195) : 83-6.

387. Rabl R., Buschkiel H. — « Causes of calcifications of the mesenteric glands. » *Zbl. Allg. Path.* (1959), 100 : 48-53.

388. Rack F.J., Eiben R.M. — « Calcifications of the adrenal gland in infants and children ; differential diagnosis and report of a case. » *J. Pediat.* (1951), 39 : 618-22.

389. Razemon P., Gautier C., Houcke M. — « Kyste gastrique para-cardial à revêtement cilié chez une femme de quarante-trois ans. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1964), 53 : 31-4.

390. Rea C.E. — « Enterogenous cyst : observation of unusual physical sign. » *Ann. Surg.* (1940), 112 : 300.

391. Reboul J., Azoulay, Condom et al. — « A propos d'une curieuse opacité abdominale. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1957), 46 : 1202-5.

392. Reboul J., Delorme G., Duhamel J. et al. — « Présentation radio-clinique : calcifications des métastases abdominales d'une tumeur ovarienne (psammo-carcinome). *J. Rad. Electr.* (1961), 42 : 71.

393. Riggall F., Riggall C. — « Mesenteric cyst. » *Brit. Med. J.* (1940) 1 : 345.

394. Rinsma S.G. — « Mesenteric cysts, enterocystoma and omental cysts. » *Arch. Chir. Neer.* (1951), 3 : 139-50.

395. Rives J., Morand. — « Une tumeur abdominale de localisation exceptionnelle : le kyste du mésocôlon transverse ; à propos d'une observation. » *Afr. Fr. Chir.* (1957), 15 : 151-3.

396. Roberts D.I. — « Intestinal duplication. » *Aust. N. Zeal J. Surg.* (1958), 27 : 215.

397. Roller C.S. — « Mesenteric cysts : brief discussion and report of 3 cases. » *S.G.O.* (1935), 60 : 1128-36.

398. Rose C.B. — « Diagnosis of unusual calcareous shadows found on X-ray films of the abdomen. » *Radiology* (1939), 32 : 600-8.

399. Rosenburg S.A. — « Enterogenous cysts at ileocecal junction. » *Ann. Surg.* (1944), 119 : 873.

400. Rossi A.A. — « Quiste del mesocolon. » *Prensa Med. Argent.* (1957), 44 : 190-2.

401. Roux M. — « Chirurgie de l'intestin grêle et du mésentère. » Masson édit., Paris (1967), 452 p.

402. Sainburg F.P. — « Enterogenous cyst in an aberrant vitelline duct. » *Amer. J. Surg.* (1948), 76 : 113-15.

403. Salvin A.A. — « Retroperitoneal cyst ; report of a case apparently of intestinal origin. » *Med. J. Rec.* (1928), 127 : 256-9.

404. Santi E. — « Contributo allo studio delle cisti enteromesenteriche. » *Clin. Chir.* (1932), 35 : 1393-414.

405. Sarasin R., Garcia-Calderon J. — « Images radiologiques dans les pancréatites. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1952), 41 (4) : 425-34.

406. Sarinana C. — « Un caso de estenosis congenita de intestino con malformaciones asociadas. » *Bol. Med. Hosp. Inf., Mex.* (1957), 14 (4) : 437-42.

407. Sarinana C., Alamillo J., Camarena J.M. — « Abdominal tumors in the child. » *Bol. Med. Hosp. Infant.* (Mex.) (1959), 16 : 205-10.

408. Sarinana C., Silva Cuevas A., Esparza H. — « Teratoma tridermico del estomago en un nino de 45 dias de edad tratado con exito por gastrectomia parcial. » *Bol. Med. Hosp. Infant.* (Mex.) (1958), 15 (4) : 529-36.

409. Sarles H., Sarles J.C., Guien C. — « Etude des voies biliaires et pancréatiques au cours des pancréatites chroniques. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1958), 47 (6) : 664-83.

410. Sarni C.F. — « Mesenteric cyst in a boy aged 10 ; report of a case. » *J. Intern. Coll. Surg.* (1954), 21 : 118-20.

411. Saubier E.C., Fernoux H. — « A propos de 3 cas de kyste des mésocôlons. » *Lyon Chir.* (1958), 54 : 108-12.

412. Sawyer C.F. — « Enterogenous cyst. » *S.G.O.* (1940), 70 : 78.

413. Saxena O., Sangal B.C. — « Benign retroperitoneal teratoma. » *Indian Pediat.* (1965), 2 : 452-5.

414. Scarpellini L. — « A propos du diagnostic radiologique des tumeurs du mésentère. » *Arch. Mal. App. Dig.* (1952), 41 (11) : 1117-24.

415. Schafer R. — « Ileus durch mesenterialzysten. » *Kinderärstl Praxis* (1956), 24 : 337-40.

416. Schein C.J., Grundfest J. — « Perforated ileal reduplication ; case report and review of the literature. » *Surgery* (1957), 41 (4) : 695-8.

417. Schmidt J. — « Zur symptometik und Therapie der Mesenterialzysten. » *Zbl. Chir.* (1960), 85 : 291-5.

418. Schnauder A., Amgwerd R. — « On mesenteric cysts. Communication of a personal case. » *Schweiz. Med. Wschr.* (1961), 91 : 1490-2.

419. Schonholzer G. — « Ein retroperitoneales Teratom bei einem zwei jährigen Knaben. » *Beitr. Path. Anat.* (1906), 40 : 349-71.

420. Schunke G.B., Waugh J.M. — « Mesenteric cyst : report of a case. » *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* (1941), 16 : 676.

421. Scoville W.B., Manlapaz J.S., Otis R.D. et al. — « Intraspinal enterogenous cyst. » *J. Neurosurg.* (1963), 20 : 704-6.

422. Selezneva K.N. — « Congenital mesenteric cysts in children. » *Khirurgiia* (Moskva) (1963), 39 : 68-71.

423. Selman A.N. — « Complex tridermal teratoma of the stomach (benign) ; case report. » *Amer. J. Surg.* (1943), 59 : 567-70.

424. Sénèque (J.), Roux (M.), Bannelos J.A. — « Les kystes du mésocôlon ascendant. » *J. Chir.* (1955), 71 : 925-34.

425. Seror J., Rives J., Azoulay C. — « Tumeurs du mésocôlon transverse. » *J. Chir.* (1959), 78 : 141-56.

426. Shallow T.A. — « Entero-mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1925), 81 : 795-800.

427. Shallow T.A., Wagner F.B. Jr, Manges W.B. — « Enterogenous cysts of the duodenum ; case report and review of the literature. » *Surgery* (1947), 21 : 532-41.

428. Shimizu S. — « Cured case of ileus, caused by dermoid cyst of the great omentum. » *Bull. Nav. Med. Ass. Japan* (1938), 27 : 45.

429. Shimizu, Mazaru. — « Eine Darmcyste, die eine Invagination hervorrief. » *Okayama Igakkai Zasschi* (1933), 455 : 532-3.

430. Silverman L.F., Kove I. — « Atypical epidermoid cyst. A case report. » *J. Amer. Podiat. Ass.* (1959), 49 : 461-2.

431. Simonetti C. — « Tumori nel mesentere (contributo di semiotica radiologica). » *Ann. Ital. Chir.* (1947), 24 : 338-49.

432. Simpson J.K. — « Retroperitoneal cysts with report of a case. » *South Med. J.* (1923), 16 : 121-4.

433. Skalski S. — « Primary retroperitoneal cysts with report of a case. » *Pol. Przegl. Chir.* (1962), 34 : 499-501.

434. Smetanin B.F. — « Dermoid cyst of the abdominal cavity. » *Kazan Med. Zh.* (1962), 2 : 67.

435. Smith J.R. — « Accessory enteric formations : a classification and nomenclature. » *Arch. Dis. Child.* (1960), 35 : 87-9.

436. Smith R.E. — « A case of enterocyst of the duodenum simulating pyloric stenosis. » *Guy's Hosp. Rep.* (1930), 80 : 463-5.

437. Snyder W.H. Jr, Kruse C.A., Greaney E.M. et al. — « Retroperitoneal tumors in infants and children ; report of 88 cases. » *Arch. Surg.* (1951), 63 : 26-38.

438. Soto Pacheco L., Fernandez Soto A., Jaramillo Antillony. — « Teratomas. » *Rev. Med. Costa Rica* (1963), 20 : 249-72.

439. Sprague N.F. Jr. — « Mesenteric cysts. » *Amer. Surg.* (1960), 26 : 42-9.

440. Stamm H. — « Grosse mesenterialzysten. » *Gebutsh. und Frauenh.* (1957), 17 : 72-80.

441. Standeven A. — « A case of volvulus of the small intestine due to multiple mesenteric cysts. » *Brit. J. Surg.* (1953), 41 : 102.

442. Stanley White Ch. — « Kyste mésentérique ou entérogène. » *J.A.M.A.* (1920), 74 (7) : 440-2 ; — in *J. Chir.* (Paris), 17 : 157.

443. Steinreich O.S. — « The diagnosis of mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1955), 142 : 889-94.

444. Stewart J., Mallory T.B. — « Case report : mesenteric cyst. » *New England J. Med.* (1935), 213 : 1251.

445. Stikowskii N.B., Feldman Khi. — « On cysts of the mesentery of the small intestine in children. » *Vestn. Khir. Grekov* (1961), 87 : 92-4.

446. Stolley P.D., Bauxbaum R.C., Van Wormer D.E. — « A mesenteric cyst simulating an aortic aneurysm : report of a case. » *Amer. J. Dig. Dis.* (1964), 9 : 538-42.

447. Stoney R.A. — « Retroperitoneal cysts. » *Brit. J. Surg.* (1925), 12 : 789-91.

448. Stovicek Z., Rejha J., Beran J. — « Intermittent intestinal obstruction with mesenteric cysts in an 8-year-old-girl. » *Cesk. Pediat.* (1965), 20 : 157-9.

449. Strait J.M. — « Mesenteric cysts : case report of successful removal with resection of the adjacent bowel in infant. » *Ohio Med. J.* (1949), 45 : 715.

450. Straube A. — « Uber mesenteriale Dermoidzysten. » *Chirurg.* (1950), 21 : 177-9.

451. Swartley W.B. — « Mesenteric cysts. » *Ann. Surg.* (1927), 85 : 886-96.

452. Sweester T.H. — « Retroperitoneal tumors influencing kidneys and ureters. » *J. Urol.* (1942), 47 : 619-31.

453. Swica S., Golynski S. — « Retroperitoneal enterogenous cyst. » *Pol. Przegl. Chir.* (1965), 37 : 1282-4.

454. Taiana J.A., Villegas A.H., Pini A.E. et al. — « Tumor del retroperitoneo ; toracofrenolaparotomia ; exeresis. » *Pr. Med. Argent.* (1955), 42 : 3693-7.

455. Taveras J., Golden R. — « Roentgenology of the abdomen. » The Williams and Wilkins Co, Baltimore, Mar. (1961).

456. Tedeschi C.G., Helpern M.M. — « Free cysts of the peritoneal space. » *Arch. Path.* (1953), 56 : 386-91.

457. Tedesco V.E., Connell J.H. — « Enteric cyst. » *Amer. J. Surg.* (1947), 34 : 226.

458. Terrier F., Lecène P. — « Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. » *Rev. Chir.* (1904), 24 (2) : 161.

459. Testa G. — « Calcified epidermoid cysts of transverse mesocolon ; roentgen study of a case. » *Arch. di Rad.* (1940), 16 : 169-82.

460. Tholen A. — « Tumeurs mésentériques. » *Gynaecologia* (1953), 3 : 176-85.

461. Thompson G.J., Culp O.S. — « Perplexing cystic masses near the kidney. » *Trans. Amer. Ass. Genitourin. Surg.* (1962), 54 : 89-95 ; — *J. Urol.* (1963), 89 : 370-6.

462. Thompson R.W. — « Non-visceral or ectopic calcifications. » *Med. J. Aust.* (1959), 46 (2) : 217-9.

463. Tixier, Baumgartner, Ronneaux et al. — « Anévrysmes calcifiés de l'artère splénique et splénomégalie. » *Bull. Mém. Soc. Rad. Méd. Fr.* (1930), 18 : 349-51.

464. Trewor R.S. — « Multiple aneurysm of the splenic artery associated with calcifications and dilatation of the portal vein and ils radicles. » *Tr. Path. Soc. London* (1903), 54 : 302-8.

465. Troll M.M. — « Aberrant pancreatic and gastric tissue in the intestinal tract. » *Arch. Path.* (1944), 38 : 375.

466. Valcke J. — « Les kystes du mésentère (avec deux cas personnels de kystes lymphatiques). » *Acta Paed. Belg.* (1952), 6 (5) : 220.

467. Valletti L. — « Due casi di invaginazione intestinale acuta secondaria in bambini. » *Arch. It. Pediat.* (1958), 19 (2) : 118-29.

468. Vaughn A.M., Lees W.M., Henry J.W. — « Mesenteric cysts : review of the literature and report of a calcified cyst. » *Surgery* (1948), 23 : 306.

469. Vecchione R. — « Contributo allo studio delle cisti del mesenterio. » *Rass. Internaz. Clin. Ter.* (1959), 39 : 217.

470. Veeneklaas G.M.H. — « Pathogenesis of intrathoracic gastrogenic cysts. » *Amer. J. Dis. Child.* (1952), 83 : 500-7.

471. Vengerovskiy I.S. — « Mesenteric cysts in children. » *Khirurgiia* (1939), 1 : 130-3.

472. Ventura L., Giorgi G. — « On a case of suppurative mesenteric cysts. » *Arch. Med. Interna* (Parma) (1959), 11 : 107-14.

473. Verner J. — « Mesenteric cyst of the small intestine simulating acute appendicitis in advanced pregnancy. » *Casop Lek. Cesk.* (1940), 79 : 217-20.

474. Vinz H. — « Darmduplikaturen und Mesenterialzysten. » *Deutsche Gesundh.* (1965), 20 : 1280-5.

475. Vohnhout C., Stafiniak O. — « Enterokystom von ungewöhnlicher lokalisation. » *Zentr. f. Chir.* (1955), 80 : 25-9.

476. Vorobioff S., Aprasio P.B., Busnelli L. — « Calcification del epiploon menor y aneurisma de la aorta abdominal. » *Prensa Med. Argent.* (1965), 52 : 477-9.

477. Vosse-Matagne G., Brakier E. — « Le problème du diagnostic des tumeurs abdominales. » *Rev. Méd. Liège* (1964), 19 : 389-95.

478. Vrubel F., Zejda V., Vitek J. — « On the problem of diagnosis and therapy of primary retroperitoneal tumors. » *Rozhl. Chir.* (1961), 40 : 543-7.

479. Wake R.B., Steigrad J. — « A case of mesenteric cyst. » *Med. J. Australia* (1928), 1 : 465.

480. Wakeley C.P.G. — « A large mesenteric cyst in an infant 6 days old. » *Brit. J. Surg.* (1932), 19 : 511-3.

481. Warfield J.O. Jr. — « A study of mesenteric cysts with a report of recent 2 cases. » *Ann. Surg.* (1932), 96 : 329-39.

482. Warren K.W. — « Peritoneal cyst. » *Lahey Clin. Bull.* (1947), 5 : 185.

483. Waugh O.S. — « Congenital cysts of the duodenum. » *S.G.O.* (1923), 37 : 785-7.

484. Wernicke H.H. — « Ein Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialzysten. » *Monatsschr. Kinderh.* (1955), 103 : 23-6.

485. Widmann M., Scuman B., Poznanski A. — « Intraluminal duodenal diverticulum. » *Gastroenterology* (1966), 50 (4) : 578-81.

486. Willis R.A. — « Pathology of tumors. » Butterworth edit., London (1948).

487. Wise W.D., Helfrich R.F. — « Report of the removal of a teratoma from the left lateral retroperitoneal space. » *Surgery* (1957), 41 : 645-53.

488. Wright P.J.M., Southwood W.F.W. — « Traumatic rupture of cyst of the mesocolon. » *Brit. Med. J.* (1952), 2 : 761.

489. Zanetti L. — « Le cisti del mesentere ; considerazioni etiopatogenetica, anatomo-patologiche e cliniche col contributo di un caso di singolare interesse. » *Minerva Chir.* (1952), 7 : 563-9.

II. — THESES

490. Alexitch V. — « Contribution à l'étude des kystes séreux du mésentère. » Bordeaux (Université) (1922), n° 97.

491. Arekion H.F. — « Etude sur les kystes du mésentère. » Paris (1891), n° 318.

492. Augagneur V. — « Tumeurs du mésentère. » Paris (Agrégation) (1886), n° 10.

493. Augier M. — « A propos d'un cas de duplication kystique de l'estomac. » Marseille (1962), n° 30.

494. Beaud M. — « Contribution à l'étude des kystes non hydatiques du grand épiploon. » Paris (1942), n° 128.

495. Belliard B.L.S. — « Contribution à l'étude des tumeurs du mésocôlon ascendant. » Bordeaux (1923), n° 137.

496. Biat G. — « Contribution à l'étude des kystes entéroïdes du mésentère. » Clermont-Ferrand (1962), n° 37.

497. Cheyrouze W. — « Contribution à l'étude des kystes du méso-côlon gauche. » Bordeaux (1914), n° 114.

498. Collet F. — « Essai sur les kystes du mésentère. » Toulouse (1884), n° 198.

499. Foucher A.G. — « Contribution à l'étude des kystes du mésentère. » (Deux observations.) Paris (1949), n° 409.

500. Guérain R. — « Les kystes primitifs du grand épiploon. » Lyon (1910), n° 93.

501. Houdoux G. — « Contribution à l'étude des duplications de l'intestin grêle. » Paris (1958), n° 241.

502. Kone A. — « A propos des kystes du mésentère de l'enfant. » Paris (1958), n° 750.

503. Lemaire R. — « Contribution à l'étude des kystes mésentériques et mésocoliques : rupture traumatique. » Paris (1960), n° 875.

504. Palmade G. — « A propos des tumeurs libres ou apparemment libres de l'abdomen. » Paris (1965), n° 789.

505. Poyeton J.P.A. — « Contribution à l'étude des tumeurs du mésentère. » Paris (1948), n° 150.

506. Rive E. — « Contribution à l'étude des kystes du grand épiploon (kystes hydatiques exceptés). » Paris (1932), n° 74.

507. Thomas L. — « Contribution à l'étude des duplications du tube digestif (à propos d'un cas personnel). » Paris (1955), n° 571.

508. Vacher M. — « Contribution à l'étude des kystes du mésentère. » Paris (1934), n° 125.

509. Valognes J.V.C. — « Contribution à l'étude des duplications intestinales ; à propos d'un cas à manifestation tardive. » Paris (1966), n° 107.

510. Vidal J.E.Ch. — « Contribution à l'étude des kystes du mésentère. A propos d'une observation personnelle. » Paris (1947), n° 265.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 17

Observation 19

Commentaires 29

— *Les entérokystomes ou duplications de l'intestin grêle* 30

— *Remarques à propos du cas rapporté* 36

Conclusions 41

Bibliographie 43

Imprimerie R. Foulon & Cie, 29, rue Deparcieux, Paris XIV^e^